

LAVAL

Vol. 19 — N° 9
QUÉBEC
NOVEMBRE 1954

BULLETIN DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES HÔPITAUX
UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

MÉDICAL

DIRECTION — FACULTÉ DE MÉDECINE, UNIVERSITÉ LAVAL, QUÉBEC.

UNIVERSITY
OF MICHIGAN

✓ FEB 16 1955

MEDICAL
LIBRARY

SOMMAIRE

COMMUNICATIONS

- André LAPOINTE..... ANÉVRYSME DE LA CROSSE DE L'AORTE
MONTRÉ PAR ANGIOCARDIOGRAPHIE..... page 1166
- Georges DROUIN..... L'ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE PAR LE NISEN-
TIL..... page 1174
- Maurice BEAULIEU..... EXPANSION PULMONAIRE CONSÉCUTIVE À LA
RÉSECTION..... page 1186
- R. DESMEULES, P.-E. GARREAU
et Ph. RICHARD..... TUBERCULOSE PULMONAIRE ET CANCER
BRONCHOGÈNE..... page 1200
- J.-P. DÉCHÈNE et F. HUDON..... LES EXAMENS CARDIO-RESPIRATOIRES ET
LEUR INTERPRÉTATION EN ANESTHÉSIO-
LOGIE ET EN CHIRURGIE THORACIQUE.... page 1217
- André TÊTU..... L'ACÉTATE D'HYDROCORTISONE EN INJEC-
TION *in situ* DANS LES AFFECTIONS RHU-
MATISMALES..... page 1226

CHRONIQUE HÉMATOLOGIQUE

- Jean-M. DELÈGE..... LES SYNDROMES HÉMORRAGIQUES — LES
TROUBLES DE LA FIBRINE..... page 1235

Un concept nouveau...

dans le traitement de l'ulcère et des gastrites

ENZAMINE

Action sélective anticholinergique ainsi que sympathicolytique
combinée à une action antihistaminique.

- Traitement d'attaque : Dans l'ulcère gastrique ou duodénal : 1 comprimé 1/2 heure avant et après chaque repas et au coucher, durant 3 semaines.
- Traitement d'entretien : 1 comprimé entre les repas et au coucher, durant 4 semaines.

Flacons de 100, 500 et 1.000 comprimés.



90% DES CAS d'INFESTATION par les VERS INTESTINAUX GUÉRIS



- Traitement très efficace de l'infestation par les vers intestinaux.
- Les tablettes traversent l'estomac sans subir de modification; elles se dissolvent dans la partie inférieure de l'iléon.

Les TABLETTES "VERMILET"

Tablettes à enrobage entérique de Violet de Gentiane.

POSOLOGIE

ENFANTS—jusqu'à 10 ans, 3/20e de gr. (10 mg.) par jour, par année d'âge, en doses fractionnées prises avant les repas.
—de 10 à 16 ans, 1/2 gr. (32 mg.) trois fois par jour, avant les repas.

ADULTES—deux tablettes de 1/2 gr. (32 mg.) trois fois par jour, avant les repas.

Répéter cette dose tous les jours durant 8 jours, puis repos d'une semaine. Reprendre ensuite la même dose pendant 8 autres jours. Aucun patient ne doit être jugé guéri à moins que 3 ou 4 bâtonnets d'examen, pris à intervalles d'une semaine, soient tout à fait libres d'œufs.

Tablette No 409 "Fous", 3/20e de gr. (10 mg.)

Tablette No 410 "Fous", 1/2 gr. (32 mg.)

Présentées en flacons de 200 tablettes.

N.B.—Il y a contre-indication pour l'emploi du Violet de Gentiane chez les sujets qui souffrent de cardiopathie, d'affections hépatiques et rénales, de gastro-entérite, dans les cas de grossesse et en présence de maladies fébriles ou débilantes.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

COMMUNICATIONS

ANÉVRYSME DE LA CROSSE AORTIQUE

DÉMONTRÉ

PAR ANGIOCARDIOGRAPHIE *

par

André LAPOINTE

Assistant au département de Radiologie de l'Hôtel-Dieu de Québec

Le diagnostic différentiel des tumeurs médiastinales présente de grandes difficultés en raison de leurs rapports intimes avec les organes du médiastin, de la fréquente similitude de leurs contours et du manque d'individualité dans leurs manifestations cliniques. Aussi faut-il s'aider de tous les procédés en usage courant : examen clinique poussé, radioscopie soignée, prise de clichés en plusieurs incidences en vue d'une description pré-opératoire qui, si, parfois, elle ne va pas jusqu'à affirmer la nature de la lésion, du moins en montre le siège et l'étendue.

Parfois ces moyens habituels ne suffisent pas et il faut recourir à la tomographie et à l'angiocardiographie. L'observation suivante illustre bien l'utilité de ce dernier examen :

Il s'agit d'un homme de soixante-huit ans, patient du docteur Jean-Baptiste Jobin, qui vient consulter pour des troubles de phonation,

* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 22 janvier 1954.

de l'asthénie, de la dyspnée d'effort, des engourdissements dans les membres inférieurs, un amaigrissement de quinze livres, des éructations, des sensations de gonflement dans l'abdomen. L'examen du tube digestif supérieur est négatif, mais la radioscopie nous révèle une masse à contours réguliers, non pulsatile, remplissant l'apex gauche et le médiastin supérieur. Sur les clichés on ne peut dissocier cette tumeur

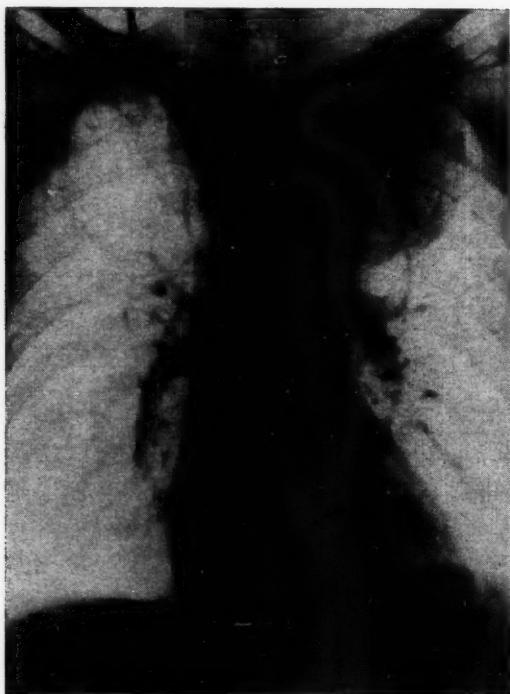


Figure 1.

de la crosse aortique. L'aorte ascendante et descendante est calcifiée et déroulée.

A l'examen clinique, on note que la pulsation de l'artère radiale gauche est diminuée, que la pression est aussi réduite de ce côté et qu'il n'existe aucun thrill ni souffle au sommet gauche.

Le diagnostic différentiel entre un anévrisme de l'aorte et une tumeur médiastinale ou pulmonaire est à faire. La connaissance, dans ce cas, d'une syphilis de longue durée est en faveur d'un anévrisme. Cependant, l'absence de pulsatilité, de thrill ou de souffle au niveau de la masse, favorise plutôt un diagnostic de tumeur non vasculaire : kyste dermoïde, fibrome ou fibrosarcome. Pourtant, un diagnostic précis

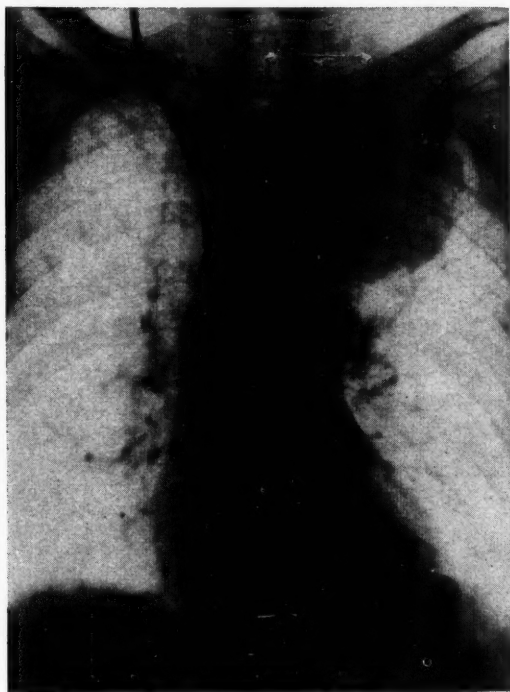


Figure 2.

s'impose, car l'opération, même à cet âge, est tout indiquée s'il s'agit d'une néoplasie, alors qu'au contraire l'intervention s'avère fort hasardeuse s'il s'agit d'un anévrisme.

Le docteur Jobin nous demande de faire subir une angiocardioraphie à ce patient. L'injection de la substance opaque par une veine du pli

du coude est sans doute la voie la plus facile et donne en général de bons résultats. Elle a cependant l'inconvénient de favoriser la dilution du diodraste au carrefour de la sous-clavière et des jugulaires ce qui, pour opacifier un anévrisme de cette taille, en dérivation sur un courant sanguin de gros calibre, est un désavantage. De plus, nous ne disposons que d'un appareillage élémentaire que nous avons fabriqué nous-même



Figure 3.

d'une ancienne grille mobilisée par un petit moteur électrique sur laquelle on pousse trois cassettes (14 × 17) successives montées sur une tôle en forme de casserole. La grille permet une qualité de clichés très limitée, mais tout de même passable. Pour toutes ces raisons, nous décidons d'injecter la substance plus directement et une sonde Nelathon n° 12

est insérée par le docteur Joffre Gravel dans la jugulaire externe jusque dans l'oreillette droite. Cinquante cm^3 de diodraste à 70 pour cent sont injectés en trois secondes au moyen d'une seringue de 50 cm^3 et les trois films successifs sont pris avec les facteurs suivants : $\frac{1}{10^{\text{e}}}$ sec., 80 KV. 500 ma.

En général, le temps de circulation de l'oreillette droite à la crosse aortique est de huit secondes. Nous exposons donc ces clichés immédiatement à la fin de l'injection puis de quatre en quatre secondes.

La première radiographie (figure 1), à la fin de l'injection, nous montre l'opacification de l'oreillette droite, du ventricule droit, de l'artère pulmonaire et de ses embranchements. Il s'agit du temps droit.

Sur le deuxième cliché (figure 2), pris quatre secondes plus tard, apparaissent les veines pulmonaires, l'oreillette gauche, le ventricule gauche et l'aorte ascendante. C'est le temps gauche.

Enfin, quatre secondes plus tard, le dernier film (figure 3) fait voir l'aorte et l'anévrysme bien opacifiés ainsi que l'artère sous-clavière droite. En voyant l'épaisseur de la paroi anévrysmale, nous comprenons pourquoi il n'y eut pas de *thrill* de perçu, ni de pulsation décelable à la radioscopie.

A part une sensation de chaleur intense perçue dans tout le corps, le patient n'a ressenti aucun effet désagréable. Le pouls est resté bien frappé.

Nous connaissons déjà l'importance de l'angiocardigraphie pour l'étude des maladies congénitales du cœur. Cette observation souligne la grande utilité de cet examen dans le diagnostic des tumeurs médiastinales.

L'ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE

PAR LE NISENTIL *†

par

Georges DROUIN

de l'Hôpital de la Miséricorde

Depuis toujours, à quelques exceptions près, les femmes enfantent dans la douleur. Et depuis que l'analgésie obstétricale est admise, un bon nombre de médicaments ont été utilisés à cette fin. Aucun ne s'est révélé l'analgésique obstétrical parfait, c'est-à-dire, pleinement efficace, ne ralentissant pas le travail et complètement inoffensif pour la mère et l'enfant.

En 1948, le Nisentil apparaissait sur le marché, et, depuis, il s'est révélé utile comme agent analgésique au cours du travail. Cet analgésique synthétique est un chlorhydrate de dl-alpha, 1, 3-diméthyl-4-phényl-4-propionoxypipéridine (figure 1).

Nous avons utilisé le Nisentil comme analgésique au cours du travail chez 244 patientes, dont 195 primigestes, 30 secondigestes et 19 multigestes. A l'exception d'un très petit nombre de patientes qui reçurent 60 mg de médicament dès la première dose, le Nisentil fut toujours administré à la dose de 40 mg, pour la dose initiale, et de 30 mg lorsqu'il devenait nécessaire d'administrer des doses subséquentes. Notons, ici, que quelques-unes de ces patientes, après une injection de

* Présenté à la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec, le 19 mars 1954.

† Produit fabriqué et mis en vente par la maison Hoffmann-LaRoche.

Nisentil, ont reçu un autre analgésique (Démérol, Spasmalgine ou autre), soit que le Nisentil n'avait pas semblé agir de façon satisfaisante, soit que la dilatation était trop avancée au moment de la deuxième injection. On déconseille, en effet, de donner de l'anesthésie par inhalation lorsque l'effet du Nisentil est à son maximum. Et comme c'est là le mode d'anesthésie que nous employons habituellement, nous donnions parfois un autre analgésique, afin de pouvoir utiliser le « mélange » ou l'éther comme anesthésique. Par la suite, toutefois, il nous est souvent arrivé de passer outre cet avertissement et cela sans aucun incident fâcheux ni pour la mère ni pour l'enfant.

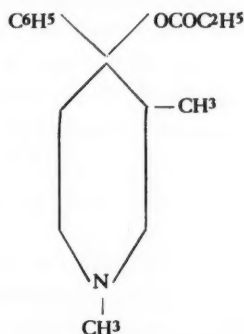


Figure 1.

Dans les cas rapportés ici, le Nisentil a toujours été administré à des patientes bien en travail, c'est-à-dire, à des patientes dont le col était effacé et qui présentaient des contractions utérines douloureuses et rythmées, suffisamment rapprochées les unes des autres. De plus, 98,3 pour cent de ces patientes présentaient des dilatations bien contrôlées, s'échelonnant de dix sous à grande paume comme suit :

6,1%	10 sous
20,0%	25 sous
26,5%	50 sous
24,2%	100 sous
11,8%	petite paume
9,7%	grande paume

Pour ce qui est des trois autres patientes, deux d'entre elles ont reçu du Nisentil sans qu'il ne soit noté de dilatation au dossier, et la troisième ne présentait aucune dilatation, mais seulement un effacement du col.

Étudions maintenant l'effet de la médication sur la douleur. Disons tout de suite que cet effet, lorsqu'il est présent, est généralement plus rapide que lorsque nous employons d'autres analgésiques. Il est peut-être de plus courte durée, mais nous n'avons malheureusement pas de chiffres précis à ce sujet. Nous avons toutefois l'impression que le Nisentil, administré à la dose de 40 mg, a un effet moins prolongé que les autres analgésiques que nous employons couramment. En effet, après une première dose de Nisentil, nous avons dû répéter la médication dans 17,2 pour cent des cas et administrer un autre analgésique dans 17,5 pour cent des cas. Ce qui fait que 34,7 pour cent des patientes ayant reçu une première dose de 40 mg de Nisentil ont dû recevoir au moins une dose supplémentaire d'analgésique au cours de leur travail. Quant aux patientes qui avaient reçu d'abord un autre analgésique, seulement 12,7 pour cent d'entre elles ont eu besoin de doses supplémentaires d'analgésique.

Quels auraient été les résultats si nous avions donné le Nisentil à la dose initiale de 60 mg? Nous n'en savons rien. Nous l'avons toujours donné à la dose de 40 mg, parce qu'à cette dose l'effet analgésique semblait suffisant en intensité, quoique de courte durée, apparemment.

Pour ce travail, nous avons interprété l'analgésie comme bonne, faible ou nulle, selon que les patientes avaient été bien, peu ou pas soulagées. Et voici les résultats de nos compilations selon cette classification :

Analgésie bonne : 81,1% des cas :	{	80% : primigestes,
		10% : secondigestes,
		10% : multigestes ;
Analgésie faible : 18,0% des cas :	{	83% : primigestes,
		10% : secondigestes,
		7% : multigestes ;
Analgésie nulle : 0,9% des cas :	{	50% : primigestes,
		50% : secondigestes

Si l'on considère maintenant l'effet du Nisentil sur la dilatation du col, nous pouvons dire immédiatement qu'en aucun temps cette médication n'a semblé être la cause d'une panne de travail. Par ailleurs, nous avons étudié chaque cas suffisamment pour être en mesure d'apprécier l'effet sur la dilatation du col et sur la durée du travail. En effet, dans tous les cas, sauf deux, la dilatation était connue et notée au dossier au moment de l'injection et dans tous les cas, sauf sept, elle a été recherchée et notée de nouveau au dossier une heure après cette injection. Voici les résultats obtenus sous cet aspect.

Le Nisentil a été administré une fois à une patiente qui ne présentait aucune dilatation et, une heure plus tard, la dilatation était encore nulle.

Dans 15 cas où la médication a été administrée à des primigestes présentant une dilatation de dix sous, la dilatation trouvée une heure plus tard fut de :

10 sous.....	21,4%
25 sous.....	42,6%
100 sous.....	7,3%
petite paume.....	21,4%
dilatation complète.....	7,3%

Chez les 49 patientes qui ont reçu du Nisentil à une dilatation de 25 sous, nous avons trouvé, après une heure, les dilatations suivantes :

	PRIMIGESTES	SECONDIGESTES	MULTIGESTES
25 sous.....	28,0%	—	33,3%
50 sous.....	32,4%	—	—
100 sous.....	28,0%	50,0%	33,3%
petite paume.....	4,6%	50,0%	—
grande paume.....	7,0%	—	—
accouchées.....	—	—	33,3%

La médication a été donnée à 50 sous chez 67 patientes. Après une heure, les dilatations trouvées furent de :

	PRIMIGESTES	SECONDIGESTES	MULTIGESTES
50 sous	21,1%	—	33,3%
100 sous	29,3%	50,0%	—
petite paume	18,4%	25,0%	33,3%
grande paume	12,0%	—	—
dilatation complète	16,6%	25,0%	33,3%
accouchées	1,6%	—	—

Soixante patientes ont reçu le médicament alors qu'elles présentaient une dilatation de 100 sous. Après une heure, les dilatations trouvées furent de :

	PRIMIGESTES	SECONDIGESTES	MULTIGESTES
100 sous	12,2%	9,2%	—
petite paume	24,4%	9,2%	28,5%
grande paume	14,4%	27,2%	14,3%
dilatation complète	44,0%	27,2%	14,3%
accouchées	5,0%	27,2%	42,9%

Vingt-huit patientes ont reçu le Nisentil à petite paume, et après une heure nous avons trouvé chez elles les dilatations suivantes :

	PRIMIGESTES	SECONDIGESTES	MULTIGESTES
petite paume	14,3%	40,0%	—
grande paume	42,9%	—	50,0%
dilatation complète	38,1%	60,0%	50,0%
accouchées	4,7%	—	—

Enfin, vingt-neuf patientes ont reçu le médicament à grande paume et présentaient les dilatations suivantes après une heure :

	PRIMIGESTES	SECONDIGESTES	MULTIGESTES
grande paume	5,5%	16,7%	—
dilatation complète	77,7%	66,6%	50,0%
accouchées	16,8%	16,7%	50,0%

Que faut-il conclure de tous ces chiffres ? Si l'on considère l'effet du médicament sur la dilatation du col pendant l'heure qui suit l'injection, il semble que le Nisentil ait assez peu d'effet lorsqu'on le donne à une dilatation de dix sous. En effet, nous voyons que 42,6 pour cent des patientes atteignent une dilatation de 25 sous en une heure, tandis que 21,4 pour cent demeurent stationnaires à dix sous et 36,0 pour cent arrivent à 100 sous ou davantage. Administré à une dilatation de 25 sous, le Nisentil ne semble pas non plus avoir beaucoup d'effet sur la dilatation, du moins dans l'heure qui suit l'injection. Chez les primigestes, 32,4 pour cent atteignent 50 sous en une heure, tandis que 28,0 pour cent demeurent stationnaires à 25 sous et 39,6 pour cent atteignent 100 sous ou plus. Chez les secondigestes et les multigestes, 41,7 pour cent atteignent 100 sous, tandis que 16,6 pour cent demeurent stationnaires à 25 sous et 41,7 pour cent atteignent petite paume ou plus.

L'effet du Nisentil administré à la dilatation de 50 sous semble plus marqué, au point de vue de la dilatation du col. Chez les primigestes, 29,3 pour cent atteignent 100 sous en une heure, tandis que 22,1 pour cent demeurent stationnaires à 50 sous et 48,6 pour cent atteignent petite paume ou davantage. Chez les secondigestes et les multigestes, 29,2 pour cent sont à petite paume, tandis que 41,6 pour cent sont à des dilatations inférieures à petite paume et 29,2 pour cent sont à dilatation complète.

Donné à 100 sous, le Nisentil semble nettement favoriser la dilatation du col utérin, du moins pendant l'heure qui suit l'administration

du médicament. Chez les primigestes, 24,4 pour cent atteignent petite paume, tandis que 12,2 pour cent demeurent à 100 sous et 63,4 pour cent atteignent grande paume ou plus. Chez les secondigestes et les multigestes, 23,4 pour cent sont à des dilatations inférieures à grande paume, 20,8 pour cent sont à grande paume et 55,8 pour cent sont arrivées à dilatation complète ou sont déjà accouchées.

Lorsque le médicament est donné à petite paume, il est assez difficile d'apprécier son effet sur la dilatation. Chez les primigestes, après une heure, 14,3 pour cent demeurent à petite paume, 42,9 pour cent arrivent à grande paume et 42,8 pour cent sont soit en expulsion, soit déjà accouchées. Chez les secondigestes et les multigestes, 45,0 pour cent sont à petite ou grande paume, tandis que 55,0 pour cent sont en expulsion ou déjà accouchées.

Enfin, à grande paume, l'effet du Nisentil sur la dilatation du col se résume ainsi. Pour les primigestes, après une heure, 5,5 pour cent sont encore à grande paume, 77,7 pour cent sont en expulsion, et 16,8 pour cent sont accouchées. Chez les secondigestes et les multigestes, 8,3 pour cent sont encore à grande paume, 58,3 pour cent sont en expulsion et 33,4 pour cent sont accouchées.

Il ressort de ces chiffres que le Nisentil ne semble pas nuire à la dilatation du col utérin, mais plutôt la favoriser légèrement, surtout lorsqu'on l'administre à des patientes présentant des dilatations d'environ 100 sous. Il faut noter toutefois que nous n'avons considéré l'effet du médicament sur la dilatation que pendant la première heure qui suit l'injection. Il ne faut donc pas conclure qu'on doive nécessairement attendre que les patientes aient atteint une dilatation de 100 sous ou davantage pour administrer le Nisentil, car l'effet analgésique est tout aussi bon à des dilatations beaucoup moindres.

Si nous étudions maintenant non plus la dilatation atteinte une heure après l'injection du médicament, mais le délai entre cette injection de l'accouchement, nous aurons une meilleure idée de l'effet du Nisentil sur la durée du travail. A cet effet, il est assez intéressant de comparer la durée du travail des patientes qui ont reçu du Nisentil comme analgésique, à la durée du travail de celles qui ont reçu d'autres analgésiques.

a) Analgésique donné avant toute dilatation

DÉLAI AVANT L'ACCOUCHEMENT	NISENTIL (1 primigeste)	AUTRES ANALGÉSQUES (2 primigestes)
3 heures.....	—	50%
4 heures.....	100%	—
12 heures.....	—	100%

b) Analgésique donné à une dilatation de dix sous

DÉLAI AVANT L'ACCOUCHEMENT	NISENTIL (15 primigestes)	AUTRES ANALGÉSQUES (18 primigestes)
1 heure.....	6,6%	—
2 heures.....	19,9%	—
3 «.....	53,2%	—
4 «.....	66,5%	5,5%
5 «.....	73,1%	22,0%
6 «.....	79,7%	33,0%
7 «.....	—	38,5%
8 «.....	—	49,5%
9 «.....	—	60,5%
11 «.....	86,3%	—
12 «.....	92,9%	77,0%
13 «.....	—	82,5%
15 «.....	—	88,0%
16 «.....	—	93,5%
18 «.....	—	100,0%
23 «.....	100,0%	—

c) Analgésique donné à une dilatation de 25 sous

Nisentil	Autres analgésiques
44 primigestes	47 primigestes
2 secondigestes	4 secondigestes
3 multigestes	3 multigestes

DÉLAI AVANT L'ACCOUCHEMENT	NISENTIL	AUTRES ANALGÉSQUES
30 minutes.....	2,0%	—
1 heure.....	6,0%	5,6%
2 heures.....	20,3%	15,0%
3 «.....	38,7%	24,4%
4 «.....	48,9%	39,5%
5 «.....	57,1%	51,8%
6 «.....	73,5%	63,1%
7 «.....	81,7%	72,5%
8 «.....	85,8%	76,3%
9 «.....	—	83,8%
10 «.....	87,8%	89,5%
11 «.....	—	93,3%
12 «.....	89,8%	95,2%
13 «.....	91,8%	97,1%
14 «.....	93,8%	—
16 «.....	95,8%	99,0%
17 «.....	100,0%	—
25 «.....	—	100,0%

e) Analgésique donné à une dilatation de 100 sous

Nisentil		Autres analgésiques	
40 primigestes 12 secondigestes 7 multigestes		37 primigestes 14 secondigestes 10 multigestes	
DÉLAI AVANT L'ACCOUCHEMENT		NISENTIL	AUTRES ANALGÉSQUES
15 minutes.....		3,2%	3,3%
30 «		—	5,0%
1 heure.....		20,8%	28,2%
2 heures.....		61,8%	53,2%
3 «		71,6%	71,5%
4 «		79,8%	84,8%
5 «		91,4%	91,4%
6 «		—	93,1%
7 «		—	96,4%
8 «		94,6%	—
9 «		—	98,1%
10 «		96,2%	—
11 «		—	99,7%
14 «		97,8%	—
16 «		—	100,0%
18 «		100,0%	—

d) Analgésique donné à une dilatation de 50 sous

Nisentil		Autres analgésiques	
57 primigestes 5 secondigestes 3 multigestes		39 primigestes 6 secondigestes 3 multigestes	
DÉLAI AVANT L'ACCOUCHEMENT		NISENTIL	AUTRES ANALGÉSQUES
30 minutes.....		—	2,0%
1 heure.....		6,0%	10,0%
2 heures.....		24,0%	18,4%
3 «		50,8%	36,8%
4 «		62,8%	48,8%
5 «		73,2%	64,8%
6 «		80,7%	68,8%
7 «		82,2%	80,8%
8 «		85,2%	—
9 «		86,7%	86,8%
10 «		89,7%	—
12 «		—	88,8%
13 «		95,7%	—
14 «		—	92,8%
15 «		97,2%	94,8%
16 «		98,7%	—
17 «		100,0%	—
18 «		—	96,8%
20 «		—	100,0%

f) Analgésique donné à une dilatation de petite paume

Nisentil		Autres analgésiques	
22 primigestes 5 secondigestes 2 multigestes		31 primigestes 6 secondigestes 6 multigestes	

DÉLAI AVANT L'ACCOUCHEMENT	NISENTIL	AUTRES ANALGÉSQUES
30 minutes	—	4,7%
1 heure	31,2%	39,7%
2 heures	48,5%	67,7%
3 «	72,7%	81,7%
4 «	83,2%	93,4%
5 «	93,7%	—
6 «	100,0%	—
7 «	—	95,7%
13 «	—	98,1%
14 «	—	100,0%

g) Analgésique donné à une dilatation de grande paume

Nisentil		Autres analgésiques	
14 primigestes 6 secondigestes 4 multigestes		13 primigestes 4 secondigestes 1 multigeste	

DÉLAI AVANT L'ACCOUCHEMENT	NISENTIL	AUTRES ANALGÉSQUES
15 minutes	4,1%	—
30 «	12,5%	17,7%
1 heure	53,5%	53,2%
2 heures	95,5%	88,6%
3 «	100,0%	94,6%
4 «	—	100,0%

Il faut noter que, dans tous les cas, sauf lorsqu'on a donné la médication à grande paume, la proportion des multigestes était moindre que

celles ayant reçu du Nisentil que chez les autres. Nous pouvons donc constater, d'après ces chiffres, que de façon générale, les patientes qui ont reçu du Nisentil comme analgésique au cours du travail, accouchent un peu plus tôt que les autres. De plus, nous remarquons que la différence est plus prononcée lorsque la médication ou, du moins, la première dose est donnée à des patientes présentant de faibles dilatations. Cela semble entrer en contradiction avec les résultats cités précédemment, mais il n'en est rien. A ce moment, nous étudions l'effet du Nisentil sur la dilatation du col une heure seulement après l'injection, tandis que maintenant nous considérons cet effet relativement au délai de l'accouchement par rapport au moment de l'administration de la première dose du médicament. Et il est certain que l'effet du Nisentil n'est pas terminé une heure seulement après l'injection, ce qui explique cette contradiction qui n'est qu'apparente.

Après avoir examiné les effets heureux de la médication, soit le soulagement de la douleur et l'accélération du travail, voyons un peu l'envers de la médaille, soit la toxicité du médicament, pour la mère et pour le fœtus. Ici, nous procéderons par comparaison entre les cas où le Nisentil seul fut employé comme analgésique, et un nombre égal de cas où d'autres analgésiques furent utilisés. Nous avons basé notre étude, à ce point de vue, sur deux cents cas, soit cent cas de chaque catégorie. Et voici les conclusions auxquelles nous sommes arrivé.

D'abord, du côté maternel, nous n'avons eu aucun effet fâcheux parmi les deux cents cas étudiés. Et pour ce qui est de l'enfant, nous avons recherché combien avaient nécessité des manœuvres de réanimation, autres que l'aspiration des sécrétions, dans chacune des deux catégories. Et ici, nous avons eu des résultats très concluants. Onze des bébés nés de mères ayant reçu uniquement du Nisentil au cours du travail ont nécessité de telles manœuvres, comparativement à 29 chez les cent bébés nés de mères ayant reçu d'autres analgésiques. Le rapport est donc de 1 à 2,63. Il est difficile d'affirmer que les apnées prolongées, ayant exigé l'emploi du réanimateur, de l'oxygène, de la respiration artificielle ou d'autres manœuvres de réanimation, aient toutes été imputables à l'analgésique employé pendant le travail.¹ Nous devons

1. Il faut noter que la plupart des patientes ont reçu de l'éther comme anesthésique au moment de l'accouchement.

rappeler toutefois qu'il s'agit ici de deux cents patientes, choisies au hasard, et qui ont accouché dans des conditions sensiblement comparables. Nous ajoutons, par ailleurs, que sur ces deux cents cas, nous n'avons trouvé aucun cas de mort fœtale dont l'analgésie, quelle qu'elle soit, puisse être responsable. Nous devons donc admettre, devant ces données, que le Nisentil semble moins toxique pour l'enfant que les autres analgésiques communément employés. C'est un avantage appréciable, car en plus des rares cas de mortalité fœtale due aux analgésiques, il faut retenir l'apnée prolongée du nouveau-né comme un accident redoutable. Il est en effet reconnu que cette apnée, si elle est importante, peut entraîner des troubles sérieux et définitifs au niveau des cellules nerveuses.

En résumé, nous avons fait l'essai du Nisentil chez quelque 250 patientes au cours du travail, et nous avons eu de bons résultats : analgésie suffisante et rapide, aucun ralentissement du travail, mais plutôt une légère accélération de celui-ci dans un bon nombre de cas. Au point de vue toxicité, nous n'avons rien noté du côté maternel, tandis que du côté fœtal, il semble bien que cet analgésique ait été moins toxique dans le rapport de 1 à 2,63, comparativement aux autres analgésiques communément utilisés au cours du travail.

Est-ce à dire que le Nisentil est un analgésique obstétrical parfait et qu'il faille abandonner définitivement tous les autres ? Certes pas. Mais nous croyons que ce médicament est efficace contre la douleur et relativement peu dangereux aux doses utiles. C'est une arme de plus à utiliser contre les douleurs des parturiantes, que nous devons soulager sans nuire à l'enfant qui va naître.

EXPANSION PULMONAIRE CONSÉCUTIVE A LA RÉSECTION *

par

Maurice BEAULIEU

assistant universitaire

dans le Service de chirurgie de l'Hôpital Laval

Depuis quelques années, les indications de résection en tuberculose pulmonaire ont augmenté de façon progressivement imposante. Contrairement à la collapsothérapie, l'exérèse permet l'élimination des lésions tuberculeuses actives et jugées irréversibles ; le risque d'ensemencement bronchogène au cours de l'intervention et dans les suites opératoires est très réduit ; l'expectoration est immédiatement négative et le résultat obtenu est plus rapide et plus complet. Malheureusement, la résection pulmonaire s'accompagne parfois de complications fort désastreuses capables d'annihiler le plus bel effort. Les principales sont l'empyème, la fistule broncho-pleurale et la réactivation de lésions stables, fibrotiques ou nodulaires localisées dans le tissu pulmonaire restant. Nul doute que, si la hantise de ces échecs pouvait être éliminée, les indications de résections s'en trouveraient, pour plusieurs raisons tant matérielles que physiopathologiques, singulièrement élargies aux dépens de la collapsothérapie.

* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 2 avril 1954.

La tuberculose est une maladie générale qui, au poumon, est le plus souvent bilatérale. A la suite de l'ablation du foyer tuberculeux actif, l'organisme est placé dans de meilleures conditions pour stabiliser définitivement des lésions résiduelles non évolutives. Cette lutte finale contre la maladie est de la plus haute importance et doit être secondée par tous les moyens disponibles.

Nous présentons, ici, nos quarante premiers cas de résection pulmonaire pour tuberculose. Ces patients furent opérés à l'Hôpital Laval de façon consécutive et, pour la plupart, au cours de 1953. Nous

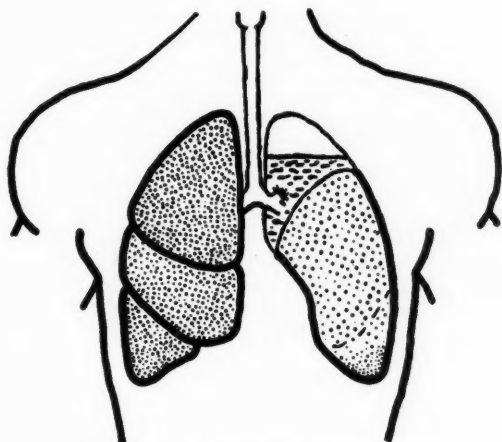


Figure 1. — Réexpansion incomplète.

n'avons pas la prétention d'avoir guéri des tuberculeux pulmonaires surtout à la suite d'une période d'observation aussi courte. Nous voulons vous faire part de notre effort assidu à contrôler l'expansion pulmonaire. Ce facteur nous a semblé capital dans la prévention des complications postopératoires. Nous l'étudierons en regard des résections partielles et des résections de tout un poumon.

A la suite de résection pulmonaire partielle, un espace est créé par perte de substance. L'oblitération de cet espace se fait principalement par l'augmentation de volume ou la réexpansion du tissu pulmonaire restant. Plus l'exérèse pulmonaire est large, évidemment, plus l'espace

est grand et plus la distention pulmonaire doit être marquée pour combler la cavité thoracique. Lorsque le poumon restant ne réussit pas à rejoindre la paroi thoracique et le plan médiastinal (figure 1), il persiste une poche résiduelle variable qui constitue un empyème potentiel. Le danger sera plus marqué, s'il y a eu contamination accrue par l'ouverture accidentelle d'une cavité parenchymateuse tuberculeuse lors de l'intervention. Le moignon bronchique, lui-même septique, baigne dans un liquide séro-sanguinolent. De là, il n'y a qu'un pas à la transformation purulente et l'absence de formation du tissu de granulation

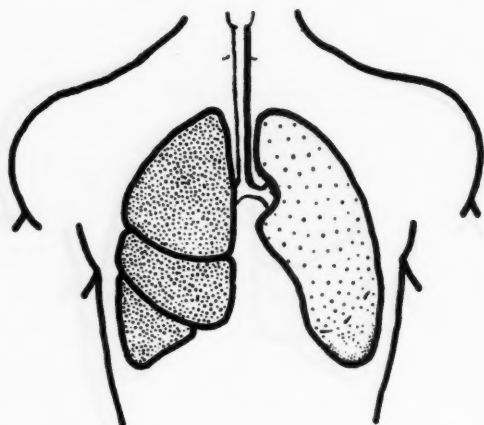


Figure 2. — Réexpansion complète.

à la suture bronchique. Par ailleurs, l'oblitération complète de la cavité pleurale réalisée par la ferme apposition et l'adhérence hâtive du poumon restant à la paroi thoracique et au plan médiastinal (figure 2) constitue une barrière résistante à l'installation d'une poche empyémique. De plus, le poumon restant en bonne réexpansion recouvre le moignon bronchique réalisant ainsi non seulement une très bonne pleuralisation mais, de plus, un solide soutien à la ligne de suture bronchique même pour ceux qui préconisent son recouvrement par une greffe pédiculée musculaire ou pleurale. Il semble donc que la prévention de complications telles que l'empyème et la fistule broncho-pleurale réside dans

l'oblitération complète et rapide de la cavité thoracique. Elle sera le plus facilement et le plus efficacement réalisée par l'expansion des segments pulmonaires restants. Pour être efficaces, oblitération et expansion devront être obtenues à la fermeture du thorax et maintenues intactes durant toute la période postopératoire.

A la phase opératoire, les lobes restants seront complètement libérés, par section, des adhérences qui peuvent les retenir à la paroi thoracique ou au diaphragme. On obtient ainsi une possibilité d'expansion



Figure 3. — Décortication. Ablation d'une membrane fibrineuse, séquelle d'un épanchement.

du poumon restant à partir de toutes ses surfaces. S'il s'agit d'une résection partielle supérieure, ce travail de distension uniforme est facilité par la section du ligament pulmonaire. Cette mesure permet aux lobes restants de s'élever immédiatement plus haut dans le thorax et de s'approcher du dôme pleural. Il est aussi impératif de débarrasser les lobes restants d'une gaine inélastique fibreuse parfois même conjonctive pouvant les incarcérer (figure 3). Cette nécessité de décortication se présente surtout lorsqu'on trouve une histoire d'épanchement pleural ou de traitement par pneumothorax.

Le poumon restant, bien libéré, est ensuite gonflé sous pression positive par l'anesthésiste. L'oblitération obtenue est maintenant évaluée. Si elle est complète, rien de plus ne sera ajouté. Si le poumon refuse de rejoindre la paroi, il ne faut pas hésiter à amener la paroi thoracique sur le poumon par une thoracoplastie simultanée. Nous favorisons la thoracoplastie extra-musculo-périostée avec plombage. Son étendue varie avec le volume du poumon restant. La thoracoplastie avec résection costale sans plombage entraîne souvent des suites opératoires beaucoup plus difficiles. La paroi thoracique devenue flottante rend la toux difficile et inefficace. Il y a rétention de sécrétions entraînant souvent l'atélectasie, qui est l'absence d'expansion pulmonaire. De plus, elle semble défavorable à la cicatrisation bronchique à cause du ballottement de la paroi et de l'absence de la ferme apposition de tissu pulmonaire sur la suture bronchique.

A la phase postopératoire, il est capital de maintenir la réexpansion et l'oblitération réalisées à l'intervention. Pour ce faire, la cavité thoracique doit être complètement débarrassée du sang et de l'air qui peuvent s'y accumuler et l'arbre trachéo-bronchique doit être maintenu complètement libre de sécrétions.

Si on permet au sang et à l'air de demeurer dans la cavité pleurale, on accepte une oblitération incomplète. Les pertes sanguines sont surtout imposantes lorsque le poumon est très adhérent à la paroi et lorsque de larges manœuvres extrapleurales sont nécessaires. Les pertes gazeuses se présentent de façon routinière mais sont surtout marquées à la suite de résection segmentaire. Leur élimination est réalisée par le drainage thoracique continu avec succion sous une pression négative d'environ -25 cm d'eau. Si les pertes gazeuses sont importantes, il ne faut pas hésiter à porter la succion à -80 cm et même à -100 cm d'eau. Deux tubes de drainage sont ordinairement insérés dans le thorax, l'un à la partie haute de la cavité pleurale et l'autre à la partie décline.

D'autre part, si on permet la stagnation de sécrétions dans l'arbre trachéo-bronchique, on limite l'expansion pulmonaire et on s'expose à l'atélectasie qui est l'absence d'expansion pulmonaire. On ne saurait trop insister sur la nécessité de faire fréquemment tousser les malades et de les faire respirer profondément. Ce travail sera beaucoup plus

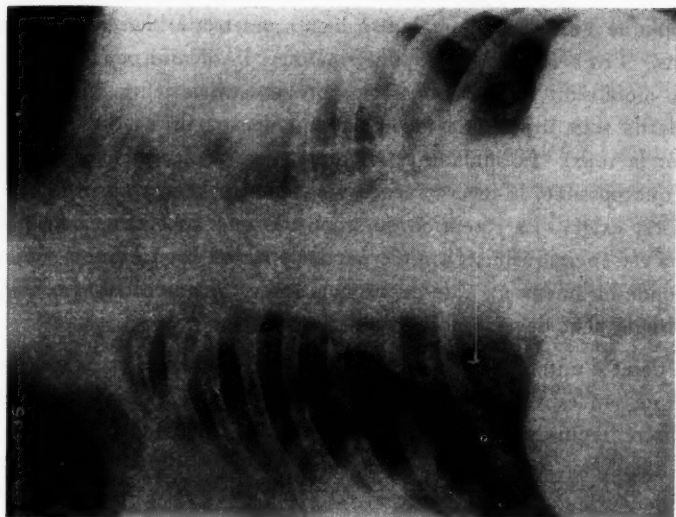


Figure 5. — W. L. — Oblitération de l'espace résiduel par un plombage permanent.



Figure 4. — W. L. — Lobectomie supérieure gauche, réexpansion incomplète.

efficace si, à la phase préopératoire un physiothérapeute compétent s'est appliqué à entraîner le malade à bien tousser et à bien ventiler ses poumons. Les aérosols à la Vaponéfrine ou à l'Alevaire peuvent aussi aider en mobilisant les sécrétions et en provoquant le réflexe tussigène. Les sédatifs sont utilisés de façon parcimonieuse ; ils ne doivent pas déprimer la toux. Le malade est fréquemment déplacé dans son lit ; autant que possible, le lever précoce vingt-quatre heures après l'intervention est exigé. La rétention de sécrétions ou l'atélectasie rebelle à ces soins est énergiquement traitée par l'aspiration bronchique à l'aide d'une sonde ou mieux à l'aide du bronchoscope. Dans certains cas, la trachéotomie peut devenir nécessaire.

En dépit d'un bon drainage pleural et d'une bonne toilette trachéo-bronchique, un espace résiduel peut persister (figure 4) ; celui-ci doit être oblitéré le plus tôt possible. Pour les raisons déjà énumérées, nous favorisons ici la thoracoplastie peu étendue extra-musculo-périostée avec plombage permanent (figure 5).

On a reproché à la réexpansion pulmonaire de se compliquer parfois de surdistension alvéolaire entraînant une perte de fonction respiratoire et, par tiraillement, une réactivation de lésions stables résiduelles dans le parenchyme restant. A la suite de Cournand, cet emphysème compensateur ne nous a pas semblé pouvoir réduire la fonction pulmonaire de façon appréciable. Par ailleurs, la réactivation de lésions non évolutives semble un danger réel. Nous pratiquons l'ablation de toute lésion nodulaire ayant un centimètre ou plus de diamètre. En ce qui concerne les lésions nodulaires plus petites et les lésions fibrotiques, notre attitude est variable selon leur localisation dans le parenchyme restant. Si ces lésions siègent aux régions hautes et postérieures (figure 6), leur surdistension comporte un danger sérieux de réactivation. En effet, c'est dans ces régions que la tuberculose pulmonaire de réinfection évolue le plus facilement et laisse souvent persister des lésions actives cavitaires résistantes à la lutte de l'organisme contre la maladie. Pour protéger ces régions facilement vulnérables, il faut leur éviter tout tiraillement par surdistension. Nous avons déjà mentionné l'importance de bien libérer le poumon restant pour obtenir une réexpansion aux dépens de tous les segments pulmonaires. Il s'agit donc d'un bon

moyen, en résection partielle supérieure surtout, de minimiser l'expansion des portions hautes et postérieures du poumon restant. Si cette protection semble mitigée à cause de l'importance des lésions résiduelles ou d'un large espace à combler, il vaut mieux limiter la réexpansion pulmonaire et chercher à oblitérer la cavité pleurale par une thoracoplastie associée. Un plombage extra-musculo-périosté est pratiqué immédiatement après la résection. Lorsque les lésions résiduelles sont localisées aux segments antéro-inférieurs du parenchyme restant, leur réactivation est exceptionnelle. Ici, nous favorisons au maximum l'expansion pulmonaire car le poumon constitue la meilleure prothèse de remplissage de la cavité thoracique.

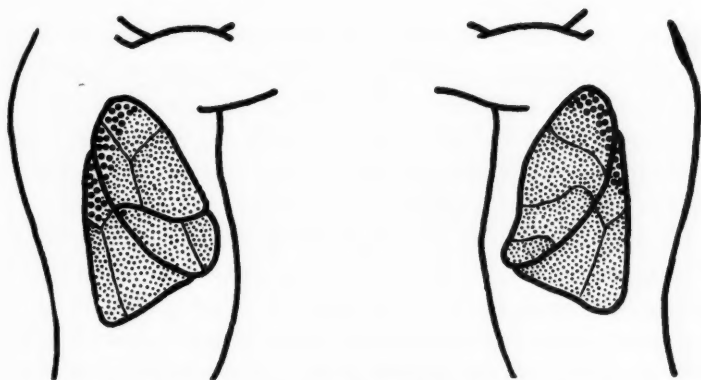


Figure 6. — Localisation de la tuberculose pulmonaire.

A l'aide des principes énumérés, nous avons pratiqué vingt-six résections partielles (tableau I). Un patient a présenté une fistule bronchique. Il nous a été impossible de contrôler cette complication et le malade est décédé. Un patient souffre d'une réactivation homolatérale. Chez tous les autres, on ne retrouve plus de bacilles de Koch dans leurs expectorations ; ils sont libérés de l'hôpital ou en voie de l'être.

Consécutivement à la résection de tout un poumon, le médiastin a régulièrement tendance à se déplacer du côté opéré surtout lorsque des manœuvres extrapleurales étendues du côté médiastinal ont été nécessaires. On sait qu'à la période postopératoire, la cavité pleurale se

TABLEAU I

RÉSECTIONS PARTIELLES		POUR-CENTAGE
NOMBRE DE CAS.....	26	—
Fistule broncho-pleurale.....	1	3,8%
Réactivation.....	1	3,8%

comble par du sang et du sérum. Éventuellement ces liquides coagulent, s'organisent et par contraction attirent plus fortement le médiastin et le cœur dans l'hémithorax opéré. Cette déviation peut entraîner une altération de la fonction cardio-vasculaire normale et un emphyseme compensateur du poumon opposé avec le danger de réactivation de foyers non évolutifs (figure 7).

Dans le but de prévenir ce déplacement médiastinal, on a proposé la thoracoplastie associée à la pneumonectomie. La thoracoplastie simultanée augmente le risque opératoire et s'accompagne souvent de suites opératoires fort orageuses. La respiration paradoxale est difficile à contrôler même avec les meilleurs soins. La thoracoplastie pratiquée deux à trois semaines après la résection est une deuxième intervention majeure capable d'ébranler le meilleur moral. Bien plus, la thoracoplastie même étendue ne semble pas pouvoir limiter la déviation médiastinale. En effet, elle entraîne souvent une scoliose homolatérale importante. On obtient alors la même déviation, la même surdistension du poumon restant et, de plus, il s'ajoute une réduction de la ventilation par limitation de la mobilité costale de l'hémithorax sain. Dans le but de retenir le médiastin, on a comblé la cavité pleurale avec de la paraffine ou certaines matières plastiques présentées sous forme de petites sphères ou d'éponges. La présence de corps étrangers dans un milieu potentiellement infecté et constamment en mouvement a conduit à de sérieuses complications.

Notre attitude est plus conservatrice et varie selon la perte de sang anticipée. On sait que lorsque le poumon est très adhérent à la paroi et que de larges décollements extrapleuraux sont nécessaires, le suintement sanguin postopératoire est plus marqué. Lorsqu'en fin d'intervention, une perte minime de sang est anticipée, le poumon étant peu adhérent, la cavité pleurale n'est pas drainée. A la fermeture du thorax, une certaine quantité d'air est emprisonnée dans le thorax. L'apparition progressive de sang et de sérum refoule cet air vers le haut et tend à le placer sous pression positive. Le médiastin est ainsi refoulé vers la ligne médiane et même, vers le côté sain. Dans cette dernière éventualité, l'aspiration de quelques centimètres cubes d'air replace le

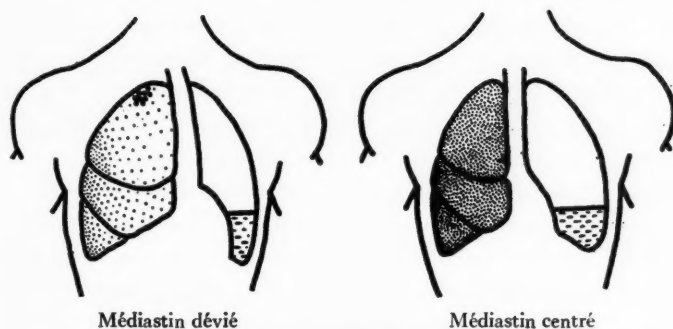


Figure 7. — Pneumonectomie.

médiastin sur la ligne médiane. La direction de la trachée au cou, la radiographie ou la fluoroscopie permettent de surveiller la position du médiastin. Lorsqu'à la fermeture du thorax, une accumulation sanguine rapide est anticipée, nous favorisons le drainage sous eau de la cavité pleurale. Cette mesure a pour but d'éviter le déplacement rapide et marqué du médiastin vers le poumon restant qui serait alors collabé. Une insuffisance cardio-respiratoire pourrait en résulter. Pour corriger cette situation, de très fréquentes aspirations thoraciques deviendraient nécessaires. De plus, il serait fort difficile au cours des premières heures de remplacer exactement une masse sanguine inconnue. Il semble donc qu'il faille drainer. Tout de même, le drainage sous eau simple nous paraît inadéquat. En effet, s'il permet l'évacuation

sanguine, il chasse l'air du thorax surtout lors des efforts de toux qu'il faut encourager à cette période. Rapidement une haute pression négative s'installe dans la cavité pleurale. Le déplacement initial et routinier du médiastin est ainsi fortement accentué. Le cœur et les organes du médiastin vont se loger dans l'hémithorax opéré entraînant une forte augmentation de volume du poumon restant. Nous proposons un système de drainage à trois bouteilles permettant de maintenir constamment le médiastin en position centrale. La première bouteille recueille le sang. La troisième bouteille permet l'évacuation de l'air. La deuxième bouteille permet le maintien constant de la pression négative intrathoracique. A une pression de -15 cm d'eau, le médiastin est le plus souvent en position médiane. Toute augmentation de la pression négative au delà de cette valeur est suivie d'une entrée d'air à la deuxième bouteille. Il y a retour immédiat à une pression de -15 cm d'eau. Après 24 ou 48 heures, les tubes de drainage sont enlevés. Par la suite, le médiastin est maintenu en position médiane, de la façon mentionnée, lorsqu'un drainage n'était utilisé (figures 8 et 9).

Nous avons pratiqué 14 pneumonectomies. Dans les suites opératoires, nous avons fait un effort pour toujours centrer le médiastin. Nous n'avons eu aucune insuffisance respiratoire par emphysème compensateur du poumon restant et, jusqu'à ce jour, aucune réactivation. En pneumonectomie, l'expansion pulmonaire ne semble pas intervenir, du moins de façon importante, dans l'apparition de la fistule bronchique. Ajoutons, toutefois, que cette complication s'est présentée chez deux de nos malades. Le premier a été soumis, dès le diagnostic posé, à une bronchoplastie avec thoracoplastie simultanée. Cette méthode a immédiatement contrôlé la fistule bronchique. Le second n'a pu subir qu'une thoracoplastie. Il persiste une très petite fuite d'air qui semble devoir se tarir sous peu (tableau II).

En résumé, les principales complications de la résection pulmonaire pour tuberculose sont : l'empyème, la fistule broncho-pleurale et la réactivation de foyers non évolutifs qu'on a forcément laissés en place lors de l'acte chirurgical.

L'expansion pulmonaire semble jouer un rôle important dans leur prévention.

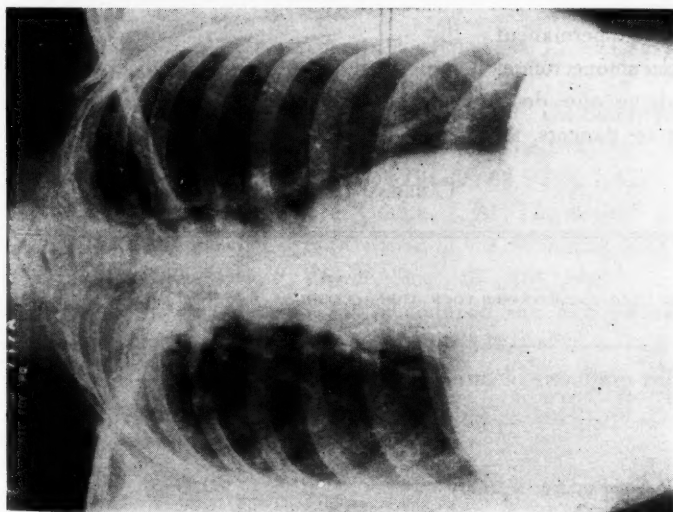


Figure 8. — Mme J. M. — Indication médico-chirurgicale d'une lobectomie supérieure droite.

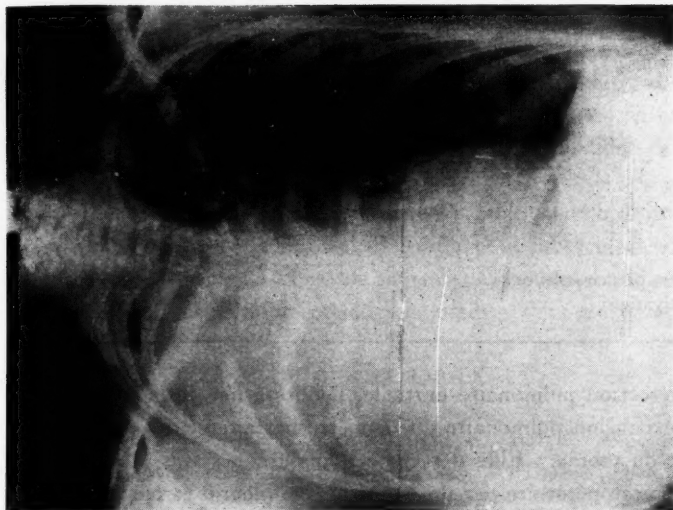


Figure 9. — Mme J. M. — Pneumonectomie nécessaire à cause de lésions nodulaires importantes de nature tuberculeuse dans les lobes moyen et inférieur. La réexpansion pulmonaire devenait dangereuse. Le médiastin est bien centré.

TABLEAU II

PNEUMONECTOMIES		POUR-CENTAGE
NOMBRE DE CAS.....	14	
Fistules broncho-pleurales.....	2	14,3%
Réactivation.....	0	0,0%

En résection pulmonaire partielle, l'oblitération de la cavité pleurale et l'expansion pulmonaire doivent être parfaitement obtenues à la fermeture du thorax. Elles doivent être maintenues ainsi durant toute la période postopératoire par un bon drainage pleural et par une bonne toilette trachéo-bronchique. S'il y a lieu de craindre une réactivation par surdistension pulmonaire, l'oblitération désirée de la cavité pleurale est réalisée par une thoracoplastie simultanée extra-musculo-périostée avec plombage permanent.

En pneumonectomie, il importe de maintenir le médiastin sur la ligne médiane afin de prévenir la surdistension pulmonaire contralatérale et ses dangers.

TABLEAU III

RÉSECTIONS PULMONAIRES POUR TUBERCULOSE		POUR-CENTAGE
NOMBRE DE CAS.....	14	
Fistules broncho-pleurales.....	3	7,5%
Réactivation.....	1	2,5%

En conclusion, nous avons essayé de contrôler l'expansion pulmonaire dans nos 40 premières résections pulmonaires pour tuberculose. La fistule broncho-pleurale s'est présentée chez trois malades, soit un pourcentage de 7,5 ; nous avons eu à déplorer un cas de réactivation. Il serait fort prématuré et fort présomptueux de parler de guérison de tuberculose pulmonaire ou de solution aux complications consécutives à la résection pulmonaire chez les tuberculeux. Nous offrons simplement l'analyse d'une méthode qui nous a semblé pouvoir limiter certains problèmes connexes à la chirurgie d'exérèse pour tuberculose pulmonaire. Cette chirurgie vient à peine de naître et nous espérons pouvoir faire mieux à mesure que nous connaissons mieux.

BIBLIOGRAPHIE

1. CHAMBERLAIN, J. M., et LOPSTOCK, R., Further experiences with segmental resection in tuberculosis, *J. Thorac. Surg.*, **20** : 843, 1950.
 2. CONKLIN, W. S., TUHNY, J. E., et GUISMER, J. T., Thoracoplasty combined with resection for pulmonary tuberculosis, *J. Thorac. Surg.*, **22** : 271, 1951.
 3. Cournand, A., Himmelstein, A., Riley, R. L., et Lester, C. W., *J. Thorac. Surg.*, **16** : 30, 1947.
 4. Ellis, F. H., Cloggett, O. T., et Carr, T. C., Simultaneous pulmonary resection and thoracoplasty in the treatment of pulmonary tuberculosis, *Am. Rev. of Tuberc.*, **65** : 159, 1952.
 5. Johnson, J., Kirby, C., et Cocke, J. A., The clinical use of prosthesis to prevent overdistension of the remaining lung following pneumonectomy, *J. Thorac. Surg.*, **18** : 164, 1949.
 6. Sarot, I. A., Extrapleural pneumonectomy and pleurectomy in pulmonary tuberculosis, *Thorax*, **4** : 173, 1949.
 7. Weiss, A. G., et Hertzog, Fistules bronchiques après exérèse pour tuberculose, *Poumon*, **51** : 559, 1951.
-

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET CANCER BRONCHOGÈNE *

par

R. DESMEULES, F.R.C.P. (C), P.-E. GAREAU et Ph. RICHARD

de l'Hôpital Laval

L'association de la tuberculose pulmonaire active au cancer bronchogène est peu fréquente. Elle demeure presque exclusivement l'apanage de l'homme adulte.

Robbins et Silverman (15) colligent, de 1932 à 1948, cent observations de coexistence dans la littérature médicale américaine.

Nussle (14) obtient un taux de 6,4 pour cent sur 1,335 autopsies, soit 85 cas.

Bayle (2) publie, en 1810, une observation magistrale de tuberculose et de cancer associés dans le même poumon. Nous pouvons la lire dans ses recherches sur la phtisie.

Rokitansky (16) soutient, en 1884, que les deux entités sont antagonistes.

Par contre, dès 1886, Ménétrier (12) considère la tuberculose des poumons comme une affection précancéreuse en opposition à la clinique qui démontre que la phtisie ne donne jamais naissance au cancer.

Sergeant (19) insiste, en 1937, sur la possibilité de réveils de la tuberculose à la faveur du cancer.

* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 2 avril 1954.

Cooper (7), aux États-Unis, Huguenin, Fauvet et Bourdin (6), en France, considèrent l'association comme une simple coïncidence en rapport numérique avec la fréquence respective des deux maladies.

Benda (3) recherche systématiquement le cancer à l'apparition inopinée d'une tuberculose pulmonaire après la quarantaine même si l'évolution bacillaire est bénigne.

Lemoine remarque que le cancer laryngé prédomine nettement en France dans l'association de tuberculose pulmonaire et de cancer bronchogène.

Les processus cancéreux et tuberculeux peuvent se développer en parfaite contiguïté. Le tissu néoplastique est susceptible de subir la nécrose cancéreuse.

La phtisiogenèse actuelle considère le développement d'une tuberculose pulmonaire après la cinquantaine chez un sujet indemne de stigmates antérieurs de cette affection comme l'aboutissement d'un autre état pathologique, soit, le plus souvent, d'une affection digestive, de carences graves, du diabète ou du cancer bronchogène.

La tuberculose épouse la forme exsudative ou suppurative au cours du cancer. Elle n'est que rarement fibro-calcaire. Il semble bien que le cancer exacerbe les lésions dues au bacille de Koch.

La théorie du réveil de la tuberculose pulmonaire sous l'influence de la tumeur maligne intrapulmonaire doit retenir notre attention.

Le cancer bronchogène, découverte d'autopsies au début du siècle, échappe de moins en moins aux investigations radiologiques. La biopsie endobronchique identifie précocement, mais trop peu souvent, le type histologique tumoral. Elle surpasse en précision et en rapidité le cyto-diagnostic qui, même par la méthode de Morin (13), exige l'opinion d'un pathologiste averti.

Les tumeurs malignes frappent électivement l'homme dans une proportion de 20 à 1. Elles intéressent surtout le poumon droit pour des raisons jusqu'ici inconnues.

La clinique est silencieuse au début c'est-à-dire au moment où la maladie cancéreuse est curable. Le malade ne consulte généralement pas, parce qu'il n'éprouve aucun malaise, lorsqu'il s'agit d'une néo-formation périphérique. Toutefois lorsque la tumeur est centrale, le

patient présente quelques signes obstructifs dont une toux qui n'a rien de caractéristique. Cependant, la pneumonie à répétition, les gripes répétées à signes auscultatoires unilatéraux, la douleur thoracique tenace du même côté survenant après la quarantaine doivent systématiquement éveiller l'attention du médecin. Elles doivent l'alarmer bien avant l'apparition de l'hémoptysie qui est la signature tardive d'une atteinte tissulaire. La dyspnée évoque l'atélectasie lobaire ou segmentaire. L'asthénie et l'amaigrissement joints à un traitement inopérant après trois ou quatre semaines, s'apparentent à l'imprégnation néoplasique.

Les radiographies antéro-postérieures et sagittales, les planigrammes successifs décèlent beaucoup plus précocement des anomalies parenchymateuses muables et polymorphes.

Il faut les faire suivre d'une bronchoscopie qui enrichit le dossier de la découverte de déformations ou d'excroissances de la lumière endobronchique assez souvent remplie de sécrétions riches en cellules tumorales disposées en boyaux néoplasiques, mises en évidence lorsqu'on peut compléter l'examen par une biopsie.

Le cyto-diagnostic exige au moins dix broncho-aspirations successives avant que la lecture du culot de centrifugation soit considérée comme négative. Il n'est concluant que dans 12,7 pour cent des cas au début.

Les « faux positifs » deviennent heureusement plus rares, avec l'entraînement des pathologistes.

Des pathologistes avertis refusent de faire la lecture des coupes congelées parce qu'elles ne permettent pas toujours l'identification précise de la nature histologique de la tumeur.

La thoracotomie entre des mains expertes, est un procédé qui n'offre pas plus de danger que la laparotomie exploratrice.

Cioni (4) emploie, depuis 1928, la ponction-biopsie transpariétale pour les tumeurs dont la topographie ne dépasse pas la paroi de plus de deux ou trois centimètres, selon la lecture des tomogrammes antéro-postérieurs et latéraux. Elle est analogue à la ponction-biopsie abdominale pour les affections hépatiques.

Maurice Marshal a introduit le pneumodensigramme, en 1946.

D'après Kourilsky et ses collaborateurs (7, 8, 9 et 10), il traduit précocement et fidèlement les troubles vasculaires propres aux affections cancéreuses intrathoraciques et aux thromboses de l'artère pulmonaire et de ses branches. La suppression des battements artériels, la disparition nette et diffuse des oscillations dans les néoformations juxta-hilaires, leur localisation dans les cancers bronchiolaires constitue un appoint important dans le diagnostic positif des cas douteux. L'interprétation en est difficile.

R. Savage et Garbray (17) considèrent le cinédensigramme comme une méthode d'élection pour l'enregistrement des troubles circulatoires propres au cancer. Il déborde largement l'image tumorale. Par contre, l'arrêt circulatoire n'existe pas dans les alvéolites inflammatoires, les abcès, les atélectasies associées aux ectasies bronchiques ou dans les formes condensées de tuberculose pulmonaire. C'est une précieuse technique d'examen qui, dans les cas douteux, et avec le secours de la clinique, donne des informations décisives (figure 1).

Marshal utilise maintenant la cinestatidensigraphie dont la valeur topographique est supérieure.

Weiss et l'école de Strasbourg, Sauvage et Hatt (18) sont de fidèles adeptes de l'angiopneumogramme. Cette exploration signe l'existence d'un cancer par des images d'amputation, de distension, d'irrégularité de calibre ou de déformation des artères de deuxième ou de troisième ordre. On n'observe aucune modification s'il s'agit de tumeurs bénignes.

Comme l'histopathologie tumorale conditionne dans une certaine mesure la thérapeutique, il est indispensable de la résumer ici.

Bariéty, Delarue et Paillas (1) groupent, clairement et justement, les épithéliomas en trois classes :

- 1° Les épithéliomas malpighiens spino-cellulaires ;
- 2° Les épithéliomas à petites cellules ou *oat cells* des Anglo-saxons ;
- 3° Les épithéliomas cylindriques ou cubiques différenciés ou indifférenciés.

Les cancers épidermoïdes se développent lentement et ne donnent des métastases que tardivement. Ils bénéficient de l'exérèse chirurgicale

élective ou totale selon la précocité du diagnostic. Peu radio-sensibles, ils groupent cinquante pour cent des cas.

Les cancers à petites cellules se développent rapidement et métastasent précocement. Radio-sensibles et inopérables, ils sont médiastino-bronchiques ou bronchiolaires périphériques. Ils représentent de dix à vingt pour cent des tumeurs malignes.

Les épithéliomas cylindriques atypiques indifférenciés ont la même évolution clinique et commandent la même thérapeutique que les

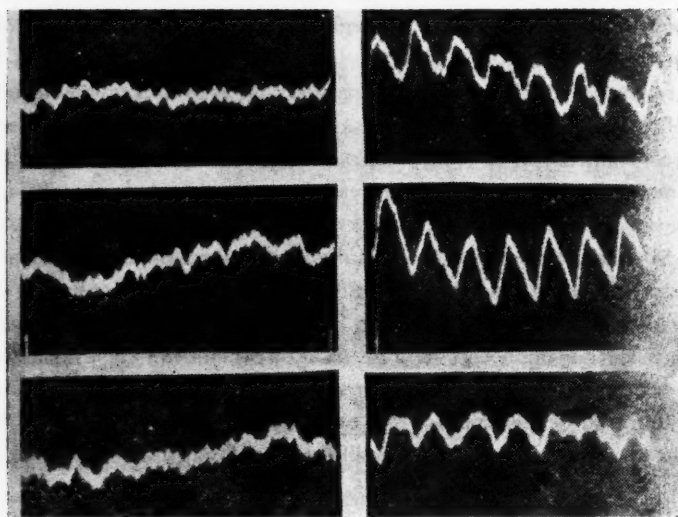


Figure 1. — Pneumodensigramme. A gauche : diminution nette du tracé oscillatoire aux régions sous-claviculaire, parahilaire et basilaire chez un malade porteur d'un cancer bronchogène parahilaire gauche. A droite : tracé pneumodensigraphique normal aux régions sous-claviculaire, parahilaire et basilaire.

cancers à petites cellules. Ils totalisent environ vingt-cinq pour cent des carcinomes bronchiques.

Il faut les distinguer des adénomes bronchiques des Américains et des épistomes des Français. Il s'agit alors d'un épithélioma cylindrique bénin à stroma remanié et à potentialité maligne. Leur évolution est lente et leur traitement heureux relève de l'exérèse partielle ou totale. Ils totalisent cinq pour cent des tumeurs primitives. Ils frappent

électivement les femmes, puisque cinquante à cent pour cent de ce type tumoral les concerne.

La médication physique comprend la cyclothérapie à doses massives et répétées pour les cancers inopérables d'emblée. Elle sera complétée par l'or¹⁹⁸ ou le cobalt⁶⁰, thérapeutique d'une pratique trop récente pour nous permettre d'émettre une opinion.

Le traitement mixte, à base de radium et de radiothérapie concurrentes, l'emporte sur la curiethérapie simple souvent provocatrice de chondronécrose. La télécuriethérapie, la téléroëntgenthérapie, l'hibernation de la cellule cancéreuse, l'utilisation des isotopes radioactifs et instables ou celle des neutrons ont enrichi l'arsenal thérapeutique. Elles impliquent une technique hautement spécialisée.

L'utilisation du gaz moutarde se limite à certains cas inopérables.

Trois observations illustrent les faits les plus importants.

Première observation :

J. G., pharmacien de 60 ans, remarque un amaigrissement progressif, inexplicable par des troubles digestifs. Le transit digestif est d'ailleurs normal. La radiographie pulmonaire tirée subséquemment, à cause d'une légère dyspnée, révèle des ombres parenchymateuses bilatérales. Les bacilles de Koch sont recherchés sans succès à trente-six reprises. Le malade est dirigé au sanatorium de Roberval en octobre 1944 alors qu'il a perdu cinquante livres depuis août. Les examens bactériologiques mettent en évidence le bacille tuberculeux.

Il est dirigé vers l'Hôpital Laval, le 3 janvier 1945. Il présente du sifflement pseudo-asthmatique, le *wheezing* des Anglo-saxons.

La radiographie pulmonaire révèle un aspect tacheté dense avec des franges opaques intercléidohilaires droites et un aspect s'étendant du sommet à la région paracardiaque où apparaissent de vagues contours annulaires à la projection antérieure du quatrième espace intercostal. Le profil situe postérieurement les anomalies hilaires gauches (figure 2).

Les expectorations ne contiennent pas de cellules néoplasiques ; elles sont bacillifères.

La biopsie d'une masse tumorale siégeant à l'éperon, obstruant presque complètement la bronche souche droite et particulièrement la

bronche souche gauche rend certaine la nature néoplasique de l'excroissance. Elle comprend des cellules à protoplasme clair, vacuolaire, parfois homogène, entourées d'une stroma-réaction avec des globes parakératosiques disposés en boyaux néoplasiques (figure 3).

Il s'agit d'un épithélioma bronchogène avec métaplasie pavimenteuse chez un tuberculeux pulmonaire.

Le malade décède le 21 janvier 1946. L'autopsie confirme l'association d'une tuberculose miliaire et d'un cancer épidermoïde bronchique (figure 3). Des métastases de même type histologique ont envahi les ganglions trachéo-bronchiques.

Les faits importants sont les suivants :

1° L'extrême difficulté d'établir bactériologiquement le diagnostic de la tuberculose pulmonaire ;

2° L'échec du cyto-diagnostic pour une tumeur aussi facilement accessible ;

3° La richesse radio-clinique de la séméiologie cancéreuse ;

4° Les métastases ganglio-hilaires pour un type histologique qui en est généralement dépourvu ;

5° La précession clinique cancéreuse ;

6° La bilatéralisation de l'épithélioma primitif relativement peu fréquente, sauf pour le cancer des mineurs.

Deuxième observation :

A. C., tailleur de cuir de 64 ans, fume régulièrement vingt cigarettes par jour depuis trente ans. Il consulte à l'Hôtel-Dieu de Québec parce qu'il a perdu dix livres en quatre mois. Il accomplit plus difficilement sa besogne quotidienne. Il tousse et expectore une dizaine de crachats muco-purulents par jour. Le chirurgien thoracique consultant de l'institution procède à une bronchoscopie qui se montre peu concluante. La radiographie pulmonaire, tirée immédiatement après, montre à la moitié supérieure gauche une infiltration en nid d'abeille, et à la région péri-hilaire une ombre beaucoup plus dense à topographie postérieure. Le sommet droit est le siège d'une ombre dense.

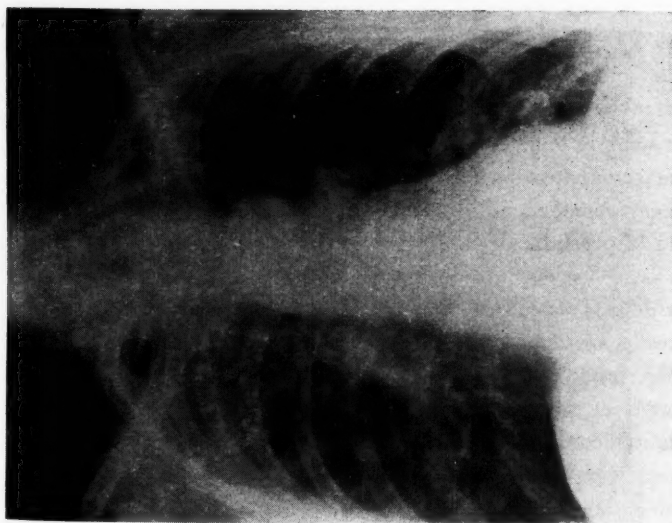


Figure 2. — Aspect tacheté du tiers supérieur droit et aspect tacheté du sommet et de la région paracardiac.



Figure 3. — Biopsie : épithélioma bronchogène de type pavimenteux. ($\times 133$.)

Première observation. — J. G.

Les sécrétions broncho-aspirées de la bronche souche lobaire gauche contiennent des éléments pavimenteux stratifiés à noyaux irréguliers fort suspects de malignité.

Le malade revient en août 1953 avec un mauvais état général. Les crachats sont riches en bacilles de Koch.

Le doute qui planait sur la nature épithéliomateuse de l'opacité gauche, la certitude de lésions pulmonaires bacillaires, le mauvais état général expliquent l'abstention chirurgicale. La crainte d'une poussée bacillaire postrésectionnelle droite nous semble pleinement motivée.

Le malade est dirigé vers l'Hôpital Laval, le 3 septembre 1953. Le culot de centrifugation des sécrétions broncho-aspirées directement ne contient pas d'éléments probants de malignité.

La radiographie pulmonaire démontre l'augmentation de la masse arrondie et homogène périhilaire gauche que le profil permet de topographier à la région postérieure (figure 4).

La bronchoscopie met en évidence à la paroi inférieure de la bronche lobaire supérieure gauche une muqueuse mamelonnée et granuleuse ainsi que de l'œdème de la bronche lobaire inférieure homolatérale.

L'examen histopathologique d'une fraction du chorion permet d'identifier, au niveau de l'excroissance, des boyaux néoplasiques riches en cellules, à protoplasme clair, à noyaux hyperchromatiques et en mitose, disposés ici et là en formation parakératosique (figure 5).

Nous sommes donc en présence d'un épithélioma bronchogène avec métaplasie pavimenteuse associé à une tuberculose pulmonaire évolutive. Des examens complémentaires démontrent l'intégrité de la muqueuse rectale, de la prostate, de la colonne vertébrale au point de vue néoplasique.

Nous devons cependant rejeter le projet d'une thoracotomie exploratrice précurseur d'une pneumonectomie pour soulager les douleurs de plus en plus prononcées du malade parce qu'il présente des anomalies œsophagienne et gastrique importantes suggestives de métastases. Au surplus, la tomographie thoracique frontale comporte à dix et douze centimètres du point d'appui dorsal des opacités plus que suspectes.

En conclusion, devant une forme épidermoïde trop évoluée et compliquée de métastases, nous sommes thérapeutiquement désarmés tant



Figure 4. — Opacité dense, homogène, à limites imprécises, à la base gauche. Cancer bronchogène, prouvé histologiquement. Aspect tacheté diffus de la moitié supérieure gauche. Opacité apexienne droite. Tuberculose pulmonaire vérifiée bactériologiquement.



Deuxième observation. — A. C.

Figure 5. — Biopsie : épithélioma bronchogène de type pavimenteux. A noter, les formations parakératosiques à la partie supérieure gauche. ($\times 133$.)

au point de vue chirurgical que radiothérapique : il s'agit d'un type histologique qui n'est pas radiosensible et, par ailleurs, la radiothérapie et la curiethérapie sont susceptibles de provoquer soit une exacerbation de la bacilliose, soit un poumon radiothérapique.

Troisième observation :

M. B., employé civil de 50 ans, est inquiété par une perte pondérale de trente livres de novembre 1952 à avril 1953. Il est, de plus, atteint d'une perte de voix. On porte à l'Hôpital du Saint-Sacrement le diagnostic positif de tuberculose laryngo-pulmonaire. Il est admis à l'Hôpital Laval le 29 août : il est complètement aphone, dyspnéique et émet des expectorations bacillaires.

La radiographie pulmonaire situe un foyer dense et homogène de forme arrondie au tiers inféro-médian et postérieur droit (figures 6 et 7). Il augmente d'étendue subséquemment. Les ombres apexiennes et l'aspect tacheté gauche diminuent sous l'influence de l'antibiothérapie.

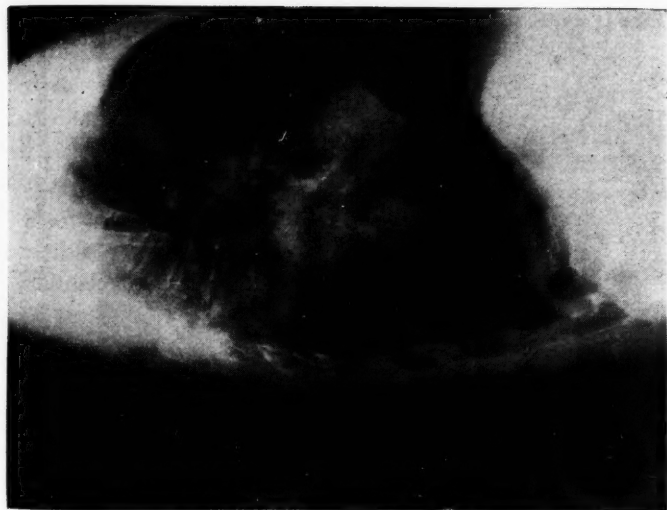
La bronchoscopie découvre un écoulement purulent, jaunâtre et visqueux à la bronche lobaire supérieure droite et une muqueuse hyperplasiée à la bifurcation segmentaire des bronches lobaires moyenne et inférieure. La biopsie d'une parcelle tumorale, les expectorations et les sécrétions broncho-aspirées ne contiennent pas d'éléments néoplasiques. Les crachats sont riches en bacilles tuberculeux et exempts de champignons. La pneumonectomie droite permet l'extraction au lobe inférieur d'une masse grosse comme le poing (figure 8). Elle fut pratiquée avant même la lecture du rapport de la coupe à congélation. Cette dernière était riche en cellules à noyaux hyperchromatiques, souvent monstrueux, dont le type histologique fut impossible à préciser.

La résection pulmonaire est complétée par une exploration abdominale transdiaphragmatique. Elle ne décèle aucune masse palpable. Le chirurgien complète le tout par la dissection et l'extirpation d'adénites repérées à la carène, le long de la veine cave, à la concavité postérieure de l'aorte, aux faces latérales droites, antérieure et postérieure de la trachée.

Les suites opératoires nécessitent des broncho-aspirations et une trachéotomie pour juguler des troubles respiratoires atelectasiques et



Figure 6. — Opacité dense, homogène, arrondie à la base droite. Cancer bronchogène, prouvé histologiquement à la biopsie par le procédé de la congélation et à l'autopsie.



Troisième observation. — M. B.

Figure 7. — Opacité dense à topographie paravertébrale droite. Cancer bronchogène à localisation postérieure. (Radiographie tirée en latérale droite.)

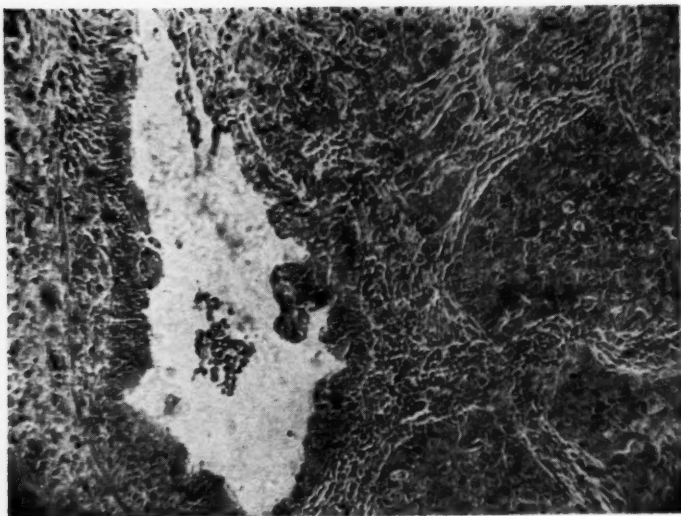


Figure 9. — Biopsie : épithélioma bronchogène de type pavimenteux. ($\times 133$.)



Figure 8. — Poumon gauche après résection totale. Cancer primitif du poumon.

Troisième observation. — M. B.

inflammatoires. Une costotomie permet le drainage d'une fistule broncho-pleurale.

La mort survient le 27 janvier 1954 de complications cardio-respiratoires. Le poumon réséqué contient à la partie inférieure une masse énorme formée d'un épithélioma malpighien spino-cellulaire, une fistule bronchique et un sommet farci de lésions ulcéro-fibreuses bordées de micronodules caséux et de quelques follicules à cellules de Langhans (figure 9).

L'autopsie décèle des métastases de même type au rein droit, à la surrénale droite, aux ganglions mésentériques situées le long du grêle et aux ganglions vicinaux du pancréas, de la rate et de la colonne lombaire.

Il s'agit donc de l'association d'un cancer bronchogène et d'une tuberculose laryngo-pulmonaire, chez un sujet de 50 ans.

En résumé :

1° Le cyto-diagnostic des expectorations et des sécrétions bronchiques, la biopsie pré-opératoire ne purent permettre d'établir le diagnostic d'une affection tumorale ;

2° Cette affection présentait une séméiologie clinique et radiologique évidente ;

3° La biopsie, par le procédé de la congélation, fut concluante génériquement mais non spécifiquement ;

4° L'autopsie révéla des métastases nombreuses qui avaient échappé à l'exploration manuelle et digitale du chirurgien ;

5° La précession tuberculeuse nous semble vraisemblable.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

En nous limitant à l'étude statistique des associations de cancer bronchogène et de tuberculose pulmonaire parmi les autopsies faites durant dix ans, soit de février 1942 à février 1952, à l'Hôpital Laval, nous retrouvons deux cas sur 329 autopsies.

Leur incidence nettement inférieure à un pour cent, soit 0,60 pour cent, explique les opinions émises sur l'antagonisme entre ces deux entités morbides.

Nous avons eu l'avantage d'observer trois épithéliomas malpighiens, l'un à droite, un deuxième à gauche et un troisième à topographie bilatérale.

La précession est nettement tuberculeuse dans un cas, nettement cancéreuse dans une autre observation et impossible à déterminer dans la troisième.

L'antagonisme entre les processus tuberculeux et cancéreux n'existe pas. La tuberculose est, chez le cancéreux, une réactivation d'une bacillose latente ou l'effondrement de vieux foyers tuberculeux avec mise en liberté de bacilles emmurés mais vivants dans des foyers en sommeil.

Les études statistiques de Lubarsch qui évaluent à 20,6 pour cent la proportion des cancéreux devenant tuberculeux et de 4,4 pour cent celle des tuberculeux devenus cancéreux donnent des résultats nettement plus élevés que les nôtres.

Nos observations des dix dernières années nous permettent d'affirmer que cette dernière éventualité est rare puisque nous n'apportons au dossier que deux autopsies sur 329, soit une proportion de 0,60 pour cent.

Il nous semble évident que le terrain qui mène à la tuberculose pulmonaire ne conduit généralement pas au cancer bronchogène.

REMERCIEMENTS

Le docteur Maurice Giroux, pathologiste, que nous remercions pour sa bienveillante collaboration, a fait la lecture des biopsies ainsi que les examens postmortem.

BIBLIOGRAPHIE

1. BARIÉTY, DELARIE et PAILLAS, Corrélation entre les aspects anatomiques et les formes cliniques des cancers bronchiques, *J. franc. méd. et chir. thorac.*, 4 : 169-210, 1950.
2. BAYLE, Recherches sur la phtisie pulmonaire, *Gabon*, Paris, 1810.
3. BENDA et ORNSTEIN, Cancers broncho-pulmonaires précédés cliniquement par une tuberculose évolutive, *Presse méd.*, p. 114, (18 août) 1951.

4. CIONI, La ponction-biopsie transpariétale par la technique de Con-dorelli, *J. franç. méd. et chir. thorac.*, **4** : 417-423, 1950.
5. COOPER, The association of carcinoma and tuberculosis, *Am. rev. tuberc.*, **25** : 108, 1932.
6. HUGUENIN, FAUVET et BOUDIN, Cancer et tuberculose, *Soc. méd. hôp. Paris*, **75** : 3016, 1949.
7. KOURILSKY, Une nouvelle méthode électronique d'exploration de la circulation pulmonaire : la cinédensigraphie (de Maurice Marchal), *Union méd. Canada*, **82** : 607-624, (juin) 1953.
8. KOURILSKY et MARCHAL, L'exploration cinédensigraphique de la circulation artérielle intrathoracique. Ses applications au diagnostic des cancers du poumon et des tumeurs du médiastin, *Soc méd. hôp. Paris*, 491-492, (25 avril) 1952.
9. KOURILSKY, MARCHAL et BARCELO, Un nouveau mode d'exploration pulmonaire : la pneumodensigraphie, *J. franç. méd. et chir. thorac.*, **3** : 556-573, (10 juil.) 1949.
10. KOURILSKY, MARCHAL et DECOISY, La détection par la cinédensigraphie, des troubles de la pulsatilité artérielle pulmonaire dans les cancers broncho-pulmonaires, *J. franç. méd. et chir. thorac.*, **6** : 297-305, 1952.
11. MARCHALL, Une nouvelle méthode d'exploration radiologique du cœur et des poumons et ses applications dans les tumeurs du médiastin. *J. radiol. et électrol. méd.*, **5** : 305, 1949.
12. MÉNÉTRIER, *Soc. anat. Paris*, p. 140, 1886 et Nouveau traité de médecine, *Cancer*, XIII, Baillières, Paris.
13. MORIN, La technique anatomo-pathologique dans le diagnostic des liquides d'épanchement, *Arch. méd., chap. resp.*, **3** : 222, 1932.
14. NUESSELE, Association of bronchogenic carcinoma and active pulmonary tuberculosis, *Dis. Chest*, **23** : 207, 1953.
15. ROBBINS et SILVERMAN, Coexistent bronchogenic carcinoma and active pulmonary tuberculosis, *Cancer*, **2** : 65, 1949.
16. ROKITANSKY, *Handbuch des Path. Anat.*, **3** : 1844.
17. SAUVAGE et GARBAY, Pseudo-cancers bronchiques. A propos de quelques erreurs de diagnostic, *Presse méd.*, 285-288, (24 fév.) 1954.

18. SAUVAGE et HATT, Angiocardiographie et chirurgie pulmonaire, *Semaine hôp. Paris*, **28** : 91-95, 1952.
19. SERGENT, RACINE et FOURESTIER, Cancer et tuberculose pulmonaires associés, *Presse méd.*, **45** : 1387, 1937.

DISCUSSION

A cause de l'actualité de la question, soulignée par le fait que le malade de la deuxième observation fumait vingt cigarettes par jour, le docteur Jean Grandbois demande quelle est l'opinion des rapporteurs au sujet de la responsabilité de la cigarette dans la genèse du cancer bronchique.

A la demande du docteur Roland Desmeules, le docteur Henri Laliberté rapporte que la question a été étudiée lors du récent congrès de l'*American College of Chest Physicians*, à Philadelphie, et qu'il semblait bien que les fumeurs de cigarettes sont prédisposés au cancer bronchique, puisqu'en sept ans, le pourcentage de cette localisation néoplasique chez les fumeurs est passé de 27 à 61 pour cent, tandis que, chez les non fumeurs, elle demeure de 4 à 5 pour cent. On pense que le cancer pulmonaire finira par dépasser en fréquence la tuberculose pulmonaire. L'*American College of Chest Physicians* se propose d'étendre son enquête en Europe et même de sonder là-dessus l'opinion universelle.

**LES EXAMENS CARDIO-RESPIRATOIRES
ET LEUR INTERPRÉTATION EN ANESTHÉSIOLOGIE
ET EN CHIRURGIE THORACIQUE ***

par

J.-Paul DÉCHÈNE et Fernando HUDON

de l'Hôpital Laval

La fonction cardio-respiratoire fait, depuis quelques années, l'objet de multiples recherches. Nous n'avons pas l'intention, nous qui ne sommes pas physiologistes, de vous présenter ce soir un travail complet sur la physio-pathologie cardio-respiratoire. Nous voulons simplement vous rappeler quelques notions classiques de physiologie, vous faire part des examens faits actuellement dans notre milieu et terminer ce bref exposé par l'application de ces examens à l'anesthésie et à la chirurgie thoracique.

Le poumon, nous le savons, a comme fonction principale de pourvoir l'organisme de l'oxygène nécessaire à la combustion interne et de le débarrasser de l'acide carbonique qui en résulte. Suivant Cournaud, la fonction pulmonaire se divise en deux parties :

1° La fonction ventilatoire, qui comprend l'ensemble des phénomènes responsables de la circulation de l'air dans l'appareil broncho-

* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 2 avril 1954.

alvéolaire dont l'insuffisance est caractérisée par la dyspnée, par exemple, l'asthme ;

2° La fonction respiratoire, qui comprend l'ensemble des phénomènes physico-chimiques responsables de la diffusion de l'oxygène des espaces alvéolaires dans le sang, de l'élimination de l'acide carbonique du sang dans les alvéoles, dont l'insuffisance est caractérisée par la cyanose, par exemple l'anoxémie.

Il existe donc quatre grandes catégories d'insuffisance pulmonaire :

- a) Insuffisance ventilatoire (la mécanique respiratoire fait défaut) ;
- b) Insuffisance respiratoire (l'échange des gaz à l'alvéole fait défaut) ;
- c) Insuffisance ventilo-respiratoire combinée ;
- d) Insuffisance cardio-pulmonaire.

Bien entendu, la respiration relève du centre respiratoire, lequel est sous le contrôle de plusieurs facteurs extrinsèques : le réflexe d'Hering-Bruer ; le cortex cérébral, certains *stimuli*, tels la douleur et l'exercice, enfin la teneur du sang en acide carbonique. De plus, dans certains états pathologiques, les centres chémo-récepteurs des sinus carotidien et aortique jouent un certain rôle.

Pour ce qui est de l'hémodynamique de la circulation pulmonaire, le cœur est considéré comme une pompe, dont la moitié droite est responsable de la petite circulation et la moitié gauche de la grande circulation. Les deux circulations reçoivent la même quantité de sang par unité de temps, soit de trois à 4,5 litres par minute par mètre carré de surface corporelle. Deux facteurs principaux, la pression intrathoracique et le rapport entre les débits des deux ventricules, contrôlent la capacité du lit vasculaire pulmonaire. Enfin, quant aux échanges gazeux, ils sont réglés par les lois physiques des gaz et par les facteurs propres du sang : transport de l'oxygène et de l'acide carbonique par le sang.

Les épreuves fonctionnelles du poumon se divisent en deux catégories :

- 1° Celles qui portent sur la ventilation pulmonaire ;
- 2° Celles qui portent sur la respiration pulmonaire en évaluant la composition gazeuse du sang artériel.

Dans ce travail, nous traiterons surtout des premières, c'est-à-dire de celles que nous faisons actuellement dans notre milieu : les épreuves statiques et dynamiques de la ventilation pulmonaire.

Les épreuves statiques sont ainsi qualifiées, parce que, contrairement aux épreuves dynamiques, elles ne tiennent pas compte de l'élément « temps ». Le test ventilatoire statique le plus connu est certainement la mesure de la capacité vitale. Il est indispensable de procéder à sa mesure, car elle permet d'obtenir une valeur de référence pour les autres composants de la ventilation. La capacité vitale peut être mesurée par le volume maximum d'air qu'un sujet peut rejeter par une expiration forcée succédant à une inspiration forcée. Ces deux composants sont la capacité inspiratoire ou l'air complémentaire et le volume expiratoire de réserve. La capacité vitale seule a peu de valeur diagnostique. C'est un test entaché d'erreurs dont la principale est la question de la rapidité. Un sujet peut avoir un grand déplacement d'air mais nécessiter un complément de temps pour le faire. Chez un sujet normal, la capacité vitale peut varier de vingt pour cent. Cependant, considérée en fonction du volume d'air maximum respiré à la minute, soit la capacité respiratoire maxima, les renseignements ainsi obtenus sont plus précis. Aussi, a-t-on imaginé de faire le rapport suivant :

$$\frac{\text{Pourcentage de la capacité respiratoire maxima prévue}}{\text{Pourcentage de la capacité vitale prévue.}}$$

que l'on a appelé « index de vitesse ». Dans l'obstruction bronchique, le rapport est inférieur à l'unité, tandis que dans les affections parenchymateuses avec soustraction, le rapport est supérieur à l'unité. La capacité vitale ne représente qu'un volume gazeux, elle n'apporte aucun renseignement sur les possibilités d'utilisation de ce volume. Si un patient dispose d'une capacité importante mais ne peut mobiliser rapidement son air, la fonction ventilatoire restera médiocre. Des mesures dynamiques sont donc indispensables, et la plus anciennement connue est la capacité respiratoire maxima. Elle se définit, nous venons de le dire, comme étant le volume d'air maximum pouvant être respiré à la minute.

Le sujet est invité à respirer aussi rapidement et aussi profondément que possible durant trente secondes. Tout comme pour la capacité

vitale, les chiffres trouvés doivent toujours être rapportés à une valeur théorique normale.

Elle serait l'épreuve dynamique la plus employée. Malheureusement, elle est difficile à mesurer correctement, elle est fatigante et demande un certain degré d'apprentissage de la part du sujet. Pouvant varier de vingt à trente-cinq pour cent selon les individus, il est donc nécessaire d'obtenir une baisse très marquée pour qu'elle soit significative. Faite dans de bonnes conditions, cette mesure directe de la capacité respiratoire maxima donne des résultats qui concordent assez bien avec la dyspnée dont se plaignent les malades. Des chiffres inférieurs à trente litres sont l'indice d'un bien mauvais risque pour une chirurgie thoracique majeure.

Dans la pratique courante, certains auteurs recherchent des méthodes indirectes concernant la mesure de la capacité respiratoire maxima. C'est ce qui a donné naissance à la capacité pulmonaire utilisable à l'effort de Tiffeneau et Pinelli, ou à la capacité vitale chronométrée des milieux anglo-saxons. Cette capacité utilisable à l'effort est la quantité d'air expirée durant la première seconde d'une expiration forcée succédant à une inspiration maxima. C'est donc le débit moyen de la première seconde. Cette épreuve permet d'obtenir une valeur indirecte de la capacité respiratoire maxima ; plus facilement mesurable et moins fatigante pour le sujet. Elle demeure l'épreuve fonctionnelle par excellence de l'élasticité pulmonaire.

Une dernière épreuve de sémiologie spirométrique est la capacité pulmonaire. Son intérêt vient immédiatement après la capacité respiratoire maxima et le plus important est la proportion de l'air résiduel par rapport à la capacité totale. Nous ne mesurons pas encore l'air résiduel dans notre milieu, mais nous le ferons très bientôt. Retenons pour le moment que la proportion de cet air résiduel ne doit pas dépasser trente pour cent de la capacité pulmonaire totale.

L'équivalent de la ventilation et la réserve respiratoire sont deux notions importantes à connaître pour l'interprétation d'un rapport spirométrique de physiologie respiratoire. La réserve respiratoire s'obtient de la capacité respiratoire maxima par la soustraction de la respiration ordinaire et s'exprime en pourcentage par rapport à la première, la

dyspnée commence lorsque le rapport devient inférieur à soixante-dix pour cent. L'équivalent de ventilation est le rapport de la ventilation de l'air à la consommation de l'oxygène et, pour être normal, il devrait être de 2,5 à 3,5 litres d'air ventilé par absorption de cent cm³ d'oxygène. C'est un test qui nous permet d'apprécier à la fois la ventilation et la diffusion pulmonaire ; de là, sa grande importance.

Pour compléter cette étude des tests de la ventilation pulmonaire, nous dirons un mot de la bronchspirométrie. Il s'agit d'une méthode endoscopique qui permet, grâce à l'introduction d'un tube à double lumière dans la trachée, jusqu'à l'ouverture des deux bronches souches, d'évaluer en même temps la fonction des deux poumons séparément. Cette méthode a l'immense avantage de mettre en évidence le poumon le plus malade et, en cas d'une pneumonectomie, nous laisse prévoir le rendement du poumon restant. Toutefois, comme le malade ne se trouve pas dans des conditions basales et que les tubes constituent un certain degré de sténose bronchique, la bronchspirométrie ne sert qu'à nous donner une idée relative du fonctionnement de chaque poumon.

A notre avis, en l'absence de contre-indications locales, telles l'abondance des sécrétions, les difformités anatomiques et les ulcérations tuberculeuses, cet examen doit être réservé aux cas limités au point de vue de l'opérabilité.

En plus des épreuves fonctionnelles pulmonaires ci-haut mentionnées, nous faisons dans notre milieu quelques autres examens, tels l'électrocardiogramme, la mesure de la pression veineuse et du temps de circulation ; la mesure du volume sanguin ainsi que la réserve alcaline et le dosage des chlorures préopératoires et postopératoires. Pour ceux qui aiment les statistiques, il s'est fait à l'Hôpital Laval durant une période de temps déterminée :

- 1° Diverses épreuves fonctionnelles pulmonaires chez 188 patients ;
- 2° Électrocardiogrammes préopératoires et peropératoires : 43 ;
- 3° Pressions veineuses : 204 ;
- 4° Temps de circulation : 166 ;
- 5° Volumes sanguins préopératoires et postopératoires : 115 ;
- 6° Réserves alcalines préopératoires et postopératoires : 119 ;
- 7° Dosage des chlorures préopératoires et postopératoires : 118.

Tel qu'énoncé au début, nous voulons terminer cet exposé par quelques applications de ces examens à la fois en anesthésie et en chirurgie thoracique.

En tant qu'anesthésiste, le problème de l'emphysème pulmonaire est certes pour nous l'un des plus importants. Les épreuves fonctionnelles pulmonaires associées aux signes cliniques et radiologiques nous aident grandement dans le dépistage de cette maladie respiratoire.

Dans l'emphysème pulmonaire, l'étude de la ventilation révèle une disproportion marquée entre la capacité vitale et la capacité respiratoire maxima. De même, il y a une disproportion entre l'inspiration et l'expiration : autant la capacité inspiratoire est élevée, autant la capacité vitale chronométrée ou la capacité utilisable à l'effort est réduite. L'index de vélocité est inférieur à l'unité, tandis que l'air résiduel est toujours supérieur à trente pour cent de la capacité pulmonaire totale. La plupart du temps, l'emphysémateux présente le syndrome de chute de la tension artérielle à l'effort et une élévation de la pression veineuse. Bien souvent, il existe un trouble de la petite circulation, du fait d'un mauvais mélange du sang séreux pulmonaire de retour, et nous observons alors de la cyanose. Nous avons en mémoire un patient qui a subi avec succès une lobectomie supérieure droite, dont le poumon droit était en son entier macroscopiquement emphysémateux. Lors de l'anesthésie de ce patient, et surtout lors de la période postopératoire, nous avons eu de la difficulté à le bien ventiler ; les tests de ventilation pulmonaire laissaient prévoir cette difficulté :

1° Disproportion entre la capacité vitale déterminée (86 pour cent de la capacité prédite) et la capacité respiratoire maxima (64 pour cent de la capacité prédite) ;

2° Disproportion entre la capacité vitale chronométrée (30, 40 et 50 pour cent au lieu de 80, 90 et 100 pour cent durant les trois premières secondes) et la capacité inspiratoire (2,5 litres au lieu de 1,5 litre) ;

3° Index de vélocité inférieur à l'unité : 0,74.

De plus, il y avait des troubles de la petite circulation :

1° Chute de la tension artérielle à l'effort : de 135 à 100 mm de Hg ;

2° Élévation de la pression veineuse : 17 cm H₂O ;

3° Légère cyanose.

Au point de vue anesthésie, ce sont de mauvais malades ; quoiqu'on fasse, il faut s'en méfier. Ce sont des candidats à l'acidose respiratoire, à la tachycardie puis à la fibrillation ventriculaire. L'élimination de l'acide carbonique se fait mal chez l'emphysémateux.

En présence de tels dangers, l'anesthésiste doit bien ventiler son malade en assistant la respiration par une pression positive durant la phase inspiratoire et éviter autant que possible l'acidose respiratoire décelable à la fois par la réserve alcaline, le dosage des chlorures et le pH sanguin peropératoire et postopératoire. Parfois, une injection intraveineuse d'aminophylline améliore le retour veineux au cœur et facilite la petite circulation. Parfois, un bronchodilatateur tel la « Vaponéfrine » est administré en aérosol sous pression positive, durant la phase inspiratoire, dans le but de faire relâcher le spasme bronchique et d'améliorer d'autant la circulation et la ventilation pulmonaire. Ici, à l'Hôpital Laval, nous avons souvent l'occasion d'anesthésier des emphysémateux et nous employons ces techniques avec succès dans la plupart des cas.

Si la spirométrie est utile à l'anesthésiste, elle rend également de grands services au chirurgien le guidant dans l'application des différentes techniques chirurgicales. Une étude attentive des tests de ventilation chez les opérés nous apprend que la résection pulmonaire réduit le volume pulmonaire, c'est-à-dire la capacité vitale, mais qu'elle ne diminue pas nécessairement la capacité respiratoire maxima et que, dans la plupart des cas, elle améliore la ventilation. Le seul risque fonctionnel des résections est la distension du segment, du lobe ou du poumon restant, avec une possibilité d'emphysème compensateur ; de là, quelquefois, l'indication d'un plombage complémentaire extramusculopériosté. Il ne nous appartient pas de juger de la valeur thérapeutique de la thoracoplastie avec plombage en tuberculose ; mais, au point de vue physiologique, nous nous permettons de souligner en passant que cette collapsothérapie semble bien supportée par des patients. Dernièrement, quelques patients, même en présence de plombages bilatéraux, ont obtenu une amélioration de leur ventilation pulmonaire.

Dans les cas limites, au point de vue fonction pulmonaire, la spirométrie simple et, surtout, la broncho-spirométrie renseignent à la fois l'anesthésiste et le chirurgien sur les dangers et les limites de l'opérabilité

de tel ou tel patient et sur les possibilités de résections totales, avec anesthésie unilatérale.

Il y a quelque temps, tel que prévu lors de la bronchspirométrie, un malade, avec lésions bilatérales, supporta avec succès une résection de la lingula et du lobe supérieur gauche (la fonction du poumon gauche étant de 35 pour cent par rapport à la fonction du poumon droit de 70 pour cent). Dernièrement, une bronchspirométrie mit en évidence une fonction pulmonaire gauche de 25 pour cent chez un malade et lui évita ainsi une résection totale.

Un dernier mot sur l'importance du volume sanguin. Il est excessivement important pour l'anesthésiste et le chirurgien thoracique de bien connaître la perte sanguine de leur malade afin de pouvoir la combler rapidement et adéquatement. Ici, nous avons en mémoire un cas de pleuro-pneumonectomie avec ablation partielle du diaphragme, chez un homme de 47 ans. Pour cette opération qui dura de quatre à cinq heures, la perte sanguine opératoire fut de 6,500 cm³, et il nous fut possible de la combler adéquatement, grâce à la connaissance des volumes sanguins faits au laboratoire durant la période postopératoire.

Après un bref rappel de physiologie cardio-respiratoire, nous avons exposé les examens faits actuellement à notre hôpital et nous avons essayé de démontrer leur importance en les appliquant tantôt à l'anesthésie, tantôt à la chirurgie du thorax.

BIBLIOGRAPHIE

1. ARNAUD, J., L'exploration de la fonction respiratoire, *Masson & Cie*.
2. BEECHER, H. K., *Anæsthesia for thoracic surgery*, Charles Thomas.
3. CARA., Études sur la fonction respiratoire.
4. CARA, M., Les épreuves fonctionnelles pulmonaires, *Cahiers d'anesthésiologie*, (sept.) 1952.
5. COMROE, H., Jr., Interpretation of commonly used pulmonary function tests, *Am. Journal of Ind.*, **356** : 374, 1951.
6. D'ABREU, A. L., *A practice of thoracic surgery*, Edward Arnold & Co., London.
7. DONALD, K. W., Lung function.

8. GÆNSLER, E., Analysis and critique of pulmonary function studies, *Bull. New England M. Center*, **23** : 49, (avril) 1951.
 9. GRÉGOIRE, F., Physiological test in relation with pulmonary tuberculosis, *Medical papers delivered at the 1951 annual meeting of the Canadian tuberculosis Association, Toronto, Ont.*
 10. O'BRIEN, C. E., Current concepts of pulmonary function, *J. Am. A. Nurse Anæsthetist*, (fév.), 1954.
 11. *Le Poumon*, n^{os} 5 et 6, (mai, juin et juil.) 1953, *Vigot et Frères*.
-

**L'ACÉTATE D'HYDROCORTISONE
EN INJECTION *IN SITU*
DANS LES INFECTIONS RHUMATISMALES ***

par

André TÊTU

médecin résident à l'Hôtel-Dieu de Québec

HISTORIQUE

Dès le début de l'ère de la cortisone, on songea à utiliser ce stéroïde en application locale. Devant les résultats merveilleux obtenus en pathologie oculaire, de même que dans certaines lésions dermatologiques, on s'attendait à trouver en pathologie articulaire un effet identique par l'injection de cortisone dans les articulations. Cependant les résultats furent très décevants. Plusieurs auteurs ont fait des essais dans ce sens et presque tous ont été unanimes à conclure au peu de valeur pratique de cette méthode. Hollander, Brown et Stoner ont injecté vingt-cinq mg de cortisone dans l'articulation du genou de sept malades souffrant d'arthrite rhumatoïde. Freyberg, Fletcher, Forestier et autres, ont tenté la même expérience, et souvent avec des doses plus élevées. La dose nécessaire, utile, à injecter localement, se rapprochait de la dose efficace par voie buccale, les résultats étaient lents, fugaces, et les injections devaient se répéter trop souvent avec danger d'irritation locale.

* Reçu pour publication le 22 avril 1954.

En 1950, Wendler, Graber, Jones et Tishler, ont fait la synthèse de l'hydrocortisone, composé « F » de Kendall, connu également comme substance « M » de Reichstein et, bientôt après, Thorn l'administrerait localement dans un genou atteint par l'arthrite rhumatoïde. Il remarqua une atténuation des phénomènes locaux.

En 1951, lorsque la nouvelle hormone l'acétate d'hydrocortisone, un ester de l'hydrocortisone mais d'absorption plus lente, fut disponible en assez grande quantité pour l'expérimentation, les essais furent repris. Hollander démontra l'efficacité manifeste de ce produit. Depuis, plusieurs publications ont été faites un peu partout dans le monde, dont celles de de Pap et Teixeira (Lisbonne), de de Sèze, Robin et Debeyre (Paris), de Stevenson, Auckner et Freyberg (New-York) ; tous ont montré leur enthousiasme pour cette nouvelle thérapeutique des maladies articulaires.

ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE

Les effets physiologiques, antirhumatismaux, anti-inflammatoires de l'hydrocortisone et de la cortisone sont similaires, mais leur activité ne semble pas la même. Cela est surtout manifeste dans la thérapeutique locale où le pouvoir d'action de l'hydrocortisone est beaucoup supérieur. Cette différence d'activité locale de ces deux hormones provient du fait que l'hydrocortisone serait le principal corticoïde sécrété par la capsule surrénale et, de là, son action physiologique plus forte ; de plus, elle est beaucoup moins soluble que la cortisone, ce qui favorise sa stagnation dans les milieux articulaires.

CONSTATATIONS CLINIQUES

Les résultats que nous rapportons ici, sont ceux que nous avons obtenus à la Consultation de rhumatologie et dans le Service de médecine de l'Hôtel-Dieu de Québec depuis plusieurs mois. Nous avons travaillé sur des cas variés de rhumatisme tels que : arthrite rhumatoïde, ostéoarthrite, périarthrite de l'épaule et autres. Notre étude porte sur vingt-quatre cas que nous avons pu suivre attentivement (tableau I).

TABLEAU I

MALADIES	NOMBRE DE CAS	RÉSULTATS			
		TRÈS BON	BON	LÉGÈRE- MENT AMÉLIORÉ	NUL
Arthrite rhumatoïde.....	11	5	4	1	1
Arthrose des genoux.....	6	3	1	0	2
Coxarthrose.....	1	0	1	0	0
Périarthrite de l'épaule....	3	2	0	0	1
Kyste synovial.....	1	1	0	0	0
Bursite.....	2	1	0	1	0

Quoique cette statistique soit brève, elle nous permet de juger de l'intérêt que présentent les injections locales d'acétate d'hydrocortisone. Certains cas ont été enregistrés comme des échecs, mais plusieurs de ces patients présentaient des lésions anatomiques marquées, avec pincements articulaires, destructions, déformations, etc. Ou encore, nous fûmes fautifs, pour avoir cessé le traitement devant une réponse plus ou moins bonne à la suite d'une première injection. Nous avons, à ce moment-là, très peu d'expérience avec ce médicament. D'autre part, comme nous pouvons rarement parler de guérison complète dans ces affections, nous avons classé comme très bons des résultats où le patient connaissait une amélioration très marquée, un état de vie qu'il n'avait pu se permettre avec toute autre médication.

Il serait trop long de faire une observation détaillée de tous les cas et je me permets de ne signaler que ce qui semble d'un intérêt particulier :

1° Nous avons présentement onze cas d'arthrite rhumatoïde que nous pouvons rapporter.

a) Résultats considérés comme très bons : cinq cas.

L'une de ces patientes présentait une polyarthrite depuis six ans. Depuis un an, elle ne pouvait plus marcher. Une cure assez longue à la cortisone s'étant avérée d'un profit presque nul, nous avons tenté des injections locales d'acétate d'hydrocortisone, dans l'espoir de lui venir en aide. Nous avons injecté le genou droit huit fois, le genou gauche,

quatre fois, le coude gauche, trois fois, les articulations métacarpo-phalangiennes, trois fois et interphalangiennes, deux fois. Il est à noter que cette patiente n'était pas le cas idéal où se pose l'indication d'une telle thérapeutique, vu la multiplicité des articulations atteintes. Cependant, les résultats furent très bons, les injections s'espacant de plus en plus. Cette nouvelle thérapeutique a permis à cette patiente une vie presque normale.

Une autre patiente souffrait d'arthrite rhumatoïde depuis neuf ans, avec des lésions polyarticulaires, surtout marquées au niveau des genoux. Les injections locales d'acétate d'hydrocortisone dans les genoux ont rapidement entraîné une diminution de la douleur et du gonflement, une amélioration notable de la mobilité. La patiente considérait son état comme excellent. Par la suite, à quelques reprises, elle a présenté des poussées aiguës. L'acétate d'hydrocortisone, injecté à quelques jours d'intervalle, jugulait rapidement ses troubles.

Deux autres patientes présentaient des atteintes assez récentes d'arthrite rhumatoïde aux genoux. Elles n'avaient reçu encore ni traitement aurique, ni cortisone. Chez ces deux malades, les résultats ont été remarquables par leur rapidité et leur persistance.

Enfin, une autre présentait, au niveau de deux articulations métacarpo-phalangiennes, des douleurs et du gonflement. La disparition complète des symptômes suivit l'injection d'une seule dose d'acétate d'hydrocortisone. Une autre injection fut faite quelques jours plus tard pour s'assurer du succès.

b) Résultats considérés comme bons : quatre cas.

Un premier cas, un homme de 51 ans, présentait des lésions surtout marquées au niveau du genou gauche. Il était soulagé de façon manifeste par l'acétate d'hydrocortisone intra-articulaire, mais, cependant, l'amélioration était peu persistante et ne se prolongeait pas aussi longtemps que dans les cas précédents. En effet, nous devons répéter les ponctions et les injections à des intervalles variant de une à deux semaines et quelques rares fois, d'un mois. Il reçut vingt-deux injections en l'espace de dix mois.

Un autre cas fut traité pour atteinte unique à la cheville droite. Deux injections à quelques jours d'intervalle ont fait disparaître tous les

symptômes. Comme nous n'avons pu le suivre par la suite, nous l'avons classé comme bénéficiant d'un bon résultat.

Deux autres patientes présentant des lésions anatomiques assez marquées, l'une aux genoux, l'autre aux poignets et au coude gauche, ont répondu au traitement. Les douleurs ont diminué de beaucoup, la mobilité s'est améliorée, mais les lésions déjà constituées ont persisté.

c) Cas légèrement améliorés ou nuls : deux cas.

Un patient, un homme de 72 ans, présentait une polyarthrite très ancienne. Ses genoux, ses coudes, ses poignets étaient ankylosés en flexion légère. Il avait de fortes douleurs au niveau des coudes et des genoux. Dans l'espoir de lui procurer un soulagement, nous avons tenté d'injecter dans quelques articulations et autour. Nous ne sommes pas certain d'avoir toujours réussi à pénétrer dans l'articulation. Le résultat a été médiocre comme nous nous y attendions. La douleur a légèrement diminué, mais pour peu de temps.

Une femme ne fut pas améliorée, semble-t-il, après deux injections dans ses genoux. Nous avons alors suspendu le traitement.

2° Nous avons traité six cas d'arthrose des genoux, chez des femmes. De ce nombre, nous avons eu trois très bons résultats, un bon et deux nuls.

Chez les patientes, où le résultat fut très heureux, nous avons noté, dès la première injection intra-articulaire, une amélioration nette de la mobilité des genoux et la disparition graduelle des douleurs. L'intervalle entre les injections a reculé de plus en plus jusqu'à deux mois. Le traitement a nécessité en moyenne de quatre à cinq injections.

Un cas a été classé comme bon à cause de la période plus courte de soulagement après chaque injection. De plus, chez elle, les douleurs n'ont pas cédé totalement.

Enfin, deux cas se sont avérés des échecs à cause de lésions déjà trop consolidées.

3° Une patiente, souffrant de coxarthrose ankylosante et douloureuse depuis plusieurs années, a montré, dès la première injection, une amélioration au point de vue de la douleur et de la limitation fonctionnelle.

4° Les résultats de l'acétate d'hydrocortisone dans la périarthrite scapulo-humérale sont aussi très intéressants. Sur trois cas, nous avons eu deux résultats très bons et un échec.

Une patiente a été soulagée manifestement dès la première injection. Quelques jours plus tard, un deuxième traitement faisait disparaître complètement les symptômes.

Chez une autre patiente, la première injection avait causé peu de soulagement. La deuxième, quelques jours plus tard, apporta une remarquable amélioration. Il est possible que la première injection ait été faite dans les tissus péri-articulaires seulement, plutôt que dans l'articulation, car il est difficile à ce niveau de s'assurer que l'aiguille est en bonne position.

Une patiente n'éprouva aucune amélioration après une injection et le traitement fut discontinué.

5° Autres cas :

a) Kyste synovial à la région dorsale de la main droite : un cas. Le résultat fut très bon. Nous avons noté une disparition complète après une seule injection.

b) Calcification sous-deltôïdienne gauche : un cas. Le résultat fut assez bon. La première injection fit espérer une guérison, mais après deux traitements subséquents, la douleur ne disparut jamais complètement.

c) Bursite du genou : un cas. Le résultat fut très bon après deux injections.

INDICATIONS DE L'ACÉTATE D'HYDROCORTISONE « IN SITU »

Si nous analysons les résultats pratiques rapportés jusqu'à ce jour et ceux que nous avons personnellement obtenu, nous comprenons que ce nouveau mode de traitement, dans la plupart des cas, ne fait qu'améliorer les symptômes articulaires et que nous ne pouvons jamais affirmer une guérison complète. La disparition des symptômes, même pendant plusieurs mois, ne signifie pas la guérison. L'acétate d'hydrocortisone est sans action sur la cause même de la maladie.

Dans une affection comme l'arthrite rhumatoïde, où les localisations sont multiples, l'acétate d'hydrocortisone a une action purement locale

dans l'articulation injectée et ne produit aucun changement dans les autres articulations atteintes. Un traitement de base, doit donc être associé à cette médication. Il n'en demeure pas moins que, dans cette maladie, elle a un rôle primordial à jouer et voici ce qu'en pense de Sèze (Paris) : « Alors que les discussions ne sont pas terminées pour savoir si l'on doit instituer un traitement par la cortisone dès le début de la polyarthrite chronique évolutive, ou après échec des traitements classiques, il semble qu'un traitement d'emblée par l'acétate d'hydrocortisone soit à conseiller car :

- « — Elle est incomparablement moins onéreuse ;
- « — Elle ne provoque pas de *side effects* ;
- « — Elle permet les associations médicamenteuses classiques ;
- « — Elle laisse toute latitude pour l'établissement d'un traitement ultérieur par la cortisone s'il venait à être jugé nécessaire. »

Dans le traitement de l'ostéo-arthrite, l'acétate d'hydrocortisone est une arme encore plus appréciable comme en font foi les rapports des auteurs. Les symptômes disparaissent rapidement et l'amélioration se maintient pendant des semaines et souvent des mois dans plusieurs cas.

La périarthrite de l'épaule, habituellement si rebelle aux traitements classiques répond de façon très encourageante aux injections.

Dans la crise aiguë de goutte, les auteurs rapportent la disparition très rapide des symptômes quelques heures après l'injection d'acétate d'hydrocortisone dans l'articulation douloureuse.

Nombre d'affections rhumatismales para-articulaires : styloïdite, épicondylite, bursite, kyste synovial, maladie de Dupuytren, etc., bénéficient grandement de cette thérapeutique.

Comme règle générale, le traitement s'applique surtout dans les cas où une ou peu d'articulations sont en cause. Il est évident que chez un malade présentant une atteinte multiple, on ne peut injecter tour à tour toutes les articulations. Cependant, même dans le cas d'un tel malade, on doit utiliser l'acétate d'hydrocortisone pour soulager les articulations le plus fortement atteintes, ou encore lorsqu'une articulation ne s'améliore pas parallèlement aux autres par la médication classique.

CONTRE-INDICATIONS

Il y a contre-indication dans les arthrites infectieuses spécifiques (gonococciques, tuberculeuses ou à microbes du pus).

DOSAGE

Dans les grosses articulations, la dose de vingt-cinq mg est recommandée. Dans les moyennes, quinze à vingt-cinq mg et dans les petites dix à quinze mg. Mais la quantité à administrer est aussi sous la dépendance de l'amélioration obtenue à la suite des injections précédentes. En effet, parfois une dose un peu plus élevée sera nécessaire pour obtenir un résultat pratique. On conseille cependant de ne pas dépasser cinquante mg. C'est la méthode que nous avons suivie ici.

INTERVALLE ENTRE LES INJECTIONS

La réapparition des symptômes conditionne le rythme des injections. Il est évident que beaucoup de facteurs entrent en ligne de compte : l'état de l'articulation à traiter, les symptômes subjectifs, la réceptivité du sujet, etc. Au début, les injections devront se répéter en moyenne une fois par semaine, et s'espacer de plus en plus par la suite.

TECHNIQUE D'ADMINISTRATION

Il serait trop long d'étudier dans ce travail toutes les voies d'accès des différentes articulations. Qu'il suffise de dire que l'opérateur doit avoir en mémoire la topographie de l'articulation en cause et que son intervention ne comporte ni difficulté, ni danger. Il arrive souvent que les rebords articulaires soient lésés, pincés et que la voie de pénétration habituelle soit impraticable. Cependant, il sera très rare que l'opérateur ne puisse trouver une autre voie d'accès autour de l'articulation. Des précautions antiseptiques doivent être prises afin de ne pas risquer une infection pyogène de l'articulation. A la suite du traitement, il faut mettre l'articulation au repos.

CONCLUSION

Les injections intra-articulaires d'acétate d'hydrocortisone, par les bons résultats qu'elles ont donnés jusqu'ici, leur tolérance sans incident, sont un espoir nouveau dans le traitement des maladies rhumatismales chroniques. Elles sont une aide d'autant plus précieuse que leur facilité de manipulation en rend l'usage pratique très simple pour tout praticien de la ville ou de la campagne, que le traitement soit fait à l'hôpital ou dans son cabinet de consultation. Il est à espérer que l'on se familiarisera de plus en plus avec cette thérapeutique, car nombreux sont les malades qui pourront en bénéficier.

BIBLIOGRAPHIE

1. FLETCHER, E., The use of intra-articular injections of cortisone in the treatment of rheumatoid arthritis, *Communication du 2^e congrès européen de rhumatologie*.
 2. HOLLANDER, J. L., BROWN, E. M., JESSAR, R. A., et BROWN, C. Y., Hydrocortisone and cortisone injected into arthritic joints, *J.A.M.A.*, **147** : 1629-1635, (déc.) 1951.
 3. MERCK & Co. Ltd., Manuel de thérapie par la cortone, pp. 41 à 48 et 135 à 137.
 4. PAP, de L., et TEIXEIRA, M. A., De l'effet thérapeutique de l'hydrocortisone acétate intra-articulaire, *Rev. rhum.*, **20** : 285-297, (avril) 1953.
 5. ROBECCHEI, A. et CAPRA, R., Le traitement de la périarthrite de l'épaule par l'hydrocortisone acétate, *Rev. rhum.*, **20** : 757-763, (nov.) 1953.
 6. SÈZE, de S., ROBIN, J., et DEBEYRE, N., Hydrocortisone et rhumatismes inflammatoires, *Rev. rhum.*, **20** : 298-302, (avril) 1953.
 7. STEVENSON, C. R., ZUCKNER, J., et FREYBERG, R. H., Intra-articular hydrocortisone (compound F) acetate, *Am. Rheumat. Dis.*, **11** : 112-118, (juin) 1952.
 8. TRAUT, E. F., *Rheumatic diseases*, Mosby, 1952.
 9. WENDLER, N. L., GROBER, R. P., JONES, R. E., et TISHCHLER, M., *J. Am. Chem. Soc.*, **72** : 5793, (déc.) 1950.
-

CHRONIQUE HÉMATOLOGIQUE

LES SYNDROMES HÉMORRAGIQUES

Les troubles de la fibrine

par

Jean-Marie DELAGE, F.R.C.P. (C)

bématologiste à l'Hôpital du Saint-Sacrement

La transformation du fibrinogène soluble en un gel de fibrine constitue la coagulation proprement dite. Le phénomène se produit sous l'influence de la thrombine. Nous avons vu que cette dernière existe à la façon d'un enzyme et peut coaguler des milliers de fois son poids de fibrine. La formation de la fibrine, jointe à l'action des facteurs vasculaires, répond aux besoins de l'hémostase. Ensuite, vient le phénomène de la fibrinolyse dite physiologique.

L'origine du fibrinogène est discutée, comme l'est d'ailleurs celle des autres protéines plasmatiques. Les expériences de Doyon (1904) ont situé la fibrinogénèse au foie. Le système réticulo-endothélial, dans son ensemble, est probablement intéressé lui aussi. Nous ne reviendrons pas sur le mécanisme de la transformation du fibrinogène en fibrine. Rappelons qu'on a voulu y voir un phénomène analogue à celui de la protéolyse. On sait que les enzymes protéolytiques, telles la papaïne et la staphylocoagulase, peuvent remplacer la thrombine dans

la réaction. Mais la très évidente similitude structurale entre le fibrinogène et la fibrine, de même que la possibilité de fibrinoformation sans l'intermédiaire d'agents protéolytiques (fibrino-formation sous l'influence des naphthoquinones, de l'alloxane et de la chaleur), affaiblissent la théorie protéolytique. On se rattache maintenant aux théories physiques. Celle de Laki semble la plus plausible. Nous l'avons déjà exposée (Delâge, 1954). Quant à la fibrinolyse, il s'agit d'un phénomène physiologique, survenant quelque vingt-quatre heures après la coagulation. Le caillot formé par nécessité physiologique n'a plus sa raison d'être et finit par se redissoudre sous l'action d'un agent plasmatique très puissant, la fibrinolysine ou plasmine. La fibrinolyse explique, en partie du moins, la perméabilisation du vaisseau après la thrombose. La fibrinolysine ou plasmine existe à l'état inactif dans le plasma sous forme de profibrinolysine, ou plasminogène, qu'activent différentes substances désignées sous le nom général de fibrinokinase. On les retrouve dans de nombreux tissus. Le chloroforme active la profibrinolysine, de même qu'une substance antagoniste qui serait présente dans le plasma et qu'on retrouve à titre élevé chez les convalescents d'infections streptococciques (Tillet et Garner, 1933) : c'est l'antistreptolysine ou antifibrinokinase. L'action de la fibrinolysine peut être empêchée, directement cette fois, par l'antifibrinolysine plasmatique. Cette inactivation serait contrôlée par l'ACTH et la cortisone et au moins deux facteurs d'origine splénique (Ungar et Damgaard, 1951).

Le tableau I illustre le mécanisme de la fibrinolyse.

LES TROUBLES DU FIBRINOGENÈ

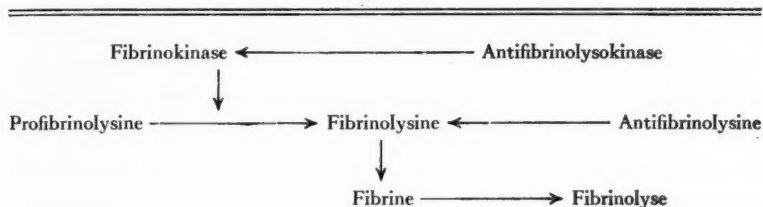
Les troubles du fibrinogène peuvent exister par excès ou par déficit. Les hyperfibrinémies n'ont pas, actuellement du moins, une grande importance pratique. Nous n'en dirons que quelques mots. Quant aux déficits, ils sont beaucoup plus sérieux et s'expriment en un tableau clinique souvent grave, parfois mortel (tableau II).

L'hyperfibrinémie :

L'hyperfibrinémie a fréquemment été notée au cours du rhumatisme articulaire aigu et dans d'autres infections telles que la pneumonie, la

TABLEAU I

Le système fibrinolytique



Synonymes :

Fibrinokinase : fibrinolysokinase

Fibrinolysine : plasmine, tryptase, lysines tissulaires

Antifibrinolysine : antiplasmin :

Profibrinolysine : plasminogène, tryptogène, prollysine, facteur lytique, proplasmine

TABLEAU II

Étiologie des troubles de la fibrine

I. — LES HYPERFIBRINÉMIES :

- infections : R.A.A., scarlatine, pneumonie, rougeole ;
- maladie de Hodgkin ; myélome multiple ;
- néphrose lipoidique ; hypertension a térielle ;
- phase active de la maladie thrombo-embolique.

II. — LES HYPOFIBRINÉMIES :

1. — *Par vice de formation :*
 - hypofibrinogénémie et afibrinogénémies constitutionnelles ;
 - maladies du foie ; plus rarement dans l'anémie de Biermer et la leucémie myéloïde.
2. — *Par fibrinolyse :*
 - Brûlures étendues ; cancer généralisé ; hémorragies graves ; choc opératoire ou transfusionnel ; après injection d'adrénaline ou de novocaïne ; dans tous ces cas, la fibrinolyse est le plus souvent latente ;
 - syndrome hémorragique aigu qui suit les exérèses pulmonaires ;
 - décollement prématuré du placenta ;
 - mort fœtale avec fœtus macéré, par incompatibilité Rh ;
 - cancer de la prostate.

scarlatine ; on l'a également observée à la suite d'hémorragies, dans le myélome multiple, la néphrose lipoïdique et même l'hypertension artérielle. Favre-Gilly (1951) trouve une forte fibrinogémie dans les cas de thromboses et dans les embolies pulmonaires. Le dosage de la fibrine dans le sang n'a rien de spécifique pour le diagnostic précoce des thromboses, mais il aurait une certaine valeur pronostique. L'hyperfibrinémie doit faire redouter une recrudescence du processus thrombotique ou une complication. Il faudra le recul du temps pour connaître la valeur réelle de cette notion.

Les déficits de fibrine :

Ils peuvent venir soit d'un défaut de formation, soit d'une destruction d'une fibrine normalement formée. Les déficits par troubles de la fibrinopoïèse se présentent comme diathèses congénitales ou comme syndromes d'accompagnement. Dans la forme congénitale, les premières manifestations hémorragiques sont précoces : elles apparaissent au cours de la première année de l'existence. Elles rappellent par leur sévérité celles de l'hémophilie. Presque toujours les accidents sont provoqués et il est surprenant d'observer de longues périodes de répit chez des sujets quasi complètement dépourvus de fibrinogène. Rappelons que le déficit peut être complet (afibrinogénémies) ou incomplet (hypofibrinogénémies). La plupart des auteurs, en particulier Revol (1953), insistent sur le fait qu'il faut un déficit marqué pour que des troubles apparaissent. Au delà de 0,50 g les accidents sont rares (la fibrinémie normale se maintient entre deux et cinq grammes). Au laboratoire, le diagnostic se fait aisément par l'étude du temps de coagulation. S'il s'agit d'afibrinémie il n'y aura tout simplement pas de coagulation. Le sang reste indéfiniment liquide. Dans l'hypofibrinémie, l'observation attentive montre que, derrière une apparente incoagulabilité, il y a formation d'un petit caillot. C'est le phénomène du micro-caillot. Devant ces faits, on pourra aussi penser à la présence d'un anticoagulant circulant. On éliminera cette hypothèse par le dosage pondéral de la fibrine qui, ici, donnera des valeurs très basses, inférieures à 0,50 g, tandis qu'on trouvera un taux normal s'il s'agit d'un anticoagulant circulant. Le temps de saignement est presque toujours allongé. Enfin, il ne faudra

pas se surprendre d'un temps de Quick anormal : le plasma dont la teneur en prothrombine est normale ne peut coaguler faute de fibrinogène.

Les observations de fibrinogénopénie constitutionnelle ne sont pas nombreuses. On n'en connaît que quelques-unes (Rabe et Salomon, MacFarlane, 1938 ; Pinniger et Prunety, 1946 ; Revol et Favre-Gilly, 1947 ; Risak, 1935 ; Severino, 1937 ; et quelques autres).

L'hypofibrinémie acquise résulte presque toujours d'une atteinte hépatique profonde (Quick, 1951). Une hypoprothrombinémie grave la précède presque toujours et joue le plus grand rôle dans les troubles hémorragiques des hépatiques. Un déficit moins profond a pu être observé dans l'anémie de Biermer, la leucémie myéloïde, certains cancers métastatiques, dans les brûlures étendues, la grossesse ou l'avortement, le décollement prématuré du placenta. Pour ce qui regarde les cas obstétricaux, de même que les brûlures étendues, il est fort possible que la fibrinolyse soit responsable des accidents plutôt qu'un défaut de synthèse. Nous verrons ce problème plus loin.

Le tableau clinique est celui d'un purpura aigu. Les hémorragies cutanéomuqueuses dominent la scène. Alors que l'hypofibrinémie constitutionnelle évolue à la manière de l'hémophilie, le déficit acquis affecte une allure hémogénique. Au laboratoire, on note les anomalies déjà décrites du temps de coagulation ; ici, le signe du lacet est positif ; une thrombopénie s'ajoute souvent, ce qui fait dire à Revol (1953) que thrombopénie et fragilité capillaire contribuent à faire de ces défibrinations aiguës « un syndrome de défaillance globale des fonctions hématopoïétiques ». Il s'en faut que les fibrinopénies acquises s'affirment chaque fois en un drame aigu. Souvent, elles passent inaperçues ou restent au second plan, derrière un syndrome clinique plus apparent.

LES FIBRINOLYSES PATHOLOGIQUES

On connaît depuis Nolf (1908) la fibrinolyse qui suit l'hépatectomie ou le choc peptonique chez le chien. Whipple et Hurwitz ont observé le même phénomène après l'intoxication au chloroforme. Chez l'homme, on connaît la fibrinolyse qui suit la mort violente ; on l'a notée au cours du choc opératoire et chez le grand brûlé, dans les réactions transfusion-

nelles graves et même après une injection d'adrénaline ou de novocaïne. Rappelons que l'incoagulabilité du sang des règles a été depuis longtemps reconnue comme secondaire à une fibrinolyse locale (Soulie 1952).

Plus récentes, sont les observations de syndromes hémorragiques survenant après l'exérèse pulmonaire et après certains accidents obstétricaux. Mathey (1950) rapporte huit cas de fibrinolyse massive survenant au cours ou à la suite d'intervention sur le poumon. Il s'agissait de sujets sans antécédents hémorragiques et, dans tous les cas, l'hémostase avait pu se faire normalement jusqu'à ce que la région opérée se mette subitement à saigner. Tous les patients sont morts malgré l'apport de transfusions massives. Chez les malades, on a pu démontrer la présence de fibrinolyse par le phénomène de la lyse du caillot. Les hypofibrinogénémies de la grossesse surviennent en rapport avec le décollement prématuré du placenta ou avec la mort fœtale, avec fœtus macéré par immunisation anti-Rh. Le syndrome hémorragique qui accompagne ces accidents, pour rare qu'il soit, a une grande importance pratique en ce qu'il peut se terminer par la mort de la mère. On connaît cinq cas de fibrinopénie accompagnant le décollement prématuré du placenta. Des pertes de sang à peine plus fortes que des pertes normales ont été notées dans trois cas. Deux autres malades, celle de Moloney (1949) et celle de Hodgkinson et de ses collaborateurs (1954) ont eu des hémorragies généralisées. Chez les cinq patientes, à la suite de manœuvres locales et de transfusions, l'évolution fut favorable. Au contraire, dans le cas de mort fœtale en rapport avec le facteur Rh on a observé des saignements profus, tenaces. Des transfusions massives furent nécessaires mais ne purent éviter quelques mortalités.

Comment expliquer ces phénomènes? Notons que dans les deux groupes de malades (cas pulmonaires et obstétricaux), les tissus intéressés sont reconnus comme les plus riches sources d'activateur de la profibrinolyse. S'agit-il de libération dans le torrent circulatoire de fibrinolyse? Ou bien faut-il invoquer, à la suite de Schneider (1951), une défibrination par coagulation intravasculaire disséminée due à l'absorption de thromboplastine tissulaire? La première hypothèse, celle de l'activation de la profibrinolyse, trouve un appui solide dans les constatations de Mathey (1950) et de Soulie (1952). Hodgkinson, pour

sa part, a noté la lyse du caillot dans les cas d'avortement avec fœtus macéré. Mais la théorie de l'embolie de thromboplastine préconisée par Schneider (1951) ne peut être écartée. L'absence de lyse évidente du caillot dans plusieurs cas n'est pas en faveur d'une fibrinolyse. De plus, l'expérimentation montre que l'injection d'extraits placentaires (Page, 1953) ou de thrombine (Nolf, 1954) peut produire une défibrination aiguë. La question est loin d'être résolue. Soulignons, enfin, la curieuse association d'un syndrome hémorragique à une incompatibilité Rh dans les cas de mort fœtale dont nous avons parlé.

Après le poumon et l'utérus, la prostate vient d'être mise en cause. Il s'agit ici d'un syndrome hémorragique décrit chez des sujets souffrant d'un cancer généralisé de la prostate. Tagnon (1952) a émis l'hypothèse qu'il y aurait mise en circulation, à partir de la prostate et des îlots métastatiques, d'une fibrinolysine immédiatement active. Cette explication des faits trouve confirmation, semble-t-il, dans les travaux de Huggins (1953) qui a isolé du tissu prostatique un agent fibrinolytique semblable mais non tout à fait identique à la fibrinolysine plasmatique.

Devant des hémorragies survenues brusquement et que rien n'explique, on doit penser à une fibrinolyse, particulièrement s'il s'agit de pathologie pulmonaire, obstétricale ou prostatique. Rappelons, pour terminer, que les déficits en fibrinogènes sont, pour la plupart, cliniquement latents et que ce n'est que d'une façon exceptionnelle qu'ils donnent lieu aux accidents graves dont nous avons parlé.

BIBLIOGRAPHIE

1. CROIZAT, P., REVOL, L., et FAVRE-GILLY, J., *J. de méd. de Lyon*, **28** : 717, 1947.
2. DELAGE, J.-M., *Laval méd.*, **18** : 1372, 1953.
3. DOYON et KAREFF, *Compt. rend. Soc. biol.*, **56** : 112, 1904.
4. FAVRE-GILLY, J., et coll., *Sang*, **8** : 667, 1951.
5. HODGKINSON, C. P., et coll., *J.A.M.A.*, **154** : 557, 1954.
6. HUGGINS, C., et VAIL, V. C., *Am. J. physiol.*, **139** : 129, 1943.
7. MACFARLANE, R. G., *Lancet*, **1** : 309, 1938.
8. MATHEY, J., et coll., *Mém. Acad. chirur.*, **76** : 34, 1950.

9. MOLONEY, W. C., et coll., *New England J. Med.*, **240** : 596, 1949.
 10. NOLF, P., *Arch. intern. physiol.*, **6** : 306, 1908.
 11. NOLF, P., *Sang*, **25** : 195, 1954.
 12. PAGE, E. W., et coll., *Amer. J. Obst. & Gynec.*, **65** : 789, 1953.
 13. PINNIGER, J. L., et PRUNETY, F. T. G., *Brit. J. Exper. Path.*, **27** : 200, 1946.
 14. QUICK, A. J., *The hemorrhagic diseases and the physiology of hemostasis*, Lea et Fibiger, Springfield, 1951.
 15. RABE et SALOMON, cités in REVOL, 1953.
 16. REVOL, L. et FAVRE-GYLLY, J., *Actualités hématologiques*, J.-P. Glaunès, Paris, 1953.
 17. SCHNEIDER, C. L., *Surg., Gyn. & Obs.*, **92** : 27, 1951.
 18. SEVERINO, J., *Pediatrics*, **45** : 627, 1937.
 19. SOULIER, J.-P., *Rev. hématol.*, **1** : 30 et 48, 1952.
 20. TAGNON, H. J., et coll., *Cancer*, **5** : 9, 1952.
 21. TILLET, W. S., et GARNER, R. K., *J. Exper. Med.*, **58** : 485, 1933.
 22. UNGAR, J., et DAMGAARD, E., *J. Exper. Med.*, **93** : 89, 1951.
-

MOUVEMENT MÉDICAL

L'ART D'ÉCRIRE AU SERVICE DE LA MÉDECINE

par

Abbé J.-P. SCHALLER, S. T. D.

Plus que jamais peut-être on parle aujourd'hui des médecins et de la médecine dans des ouvrages qui s'adressent à un grand public et non pas seulement à un groupe d'initiés. Les médecins eux-mêmes multiplient des travaux qui ne visent plus uniquement des questions de thérapeutique, de clinique ou de laboratoire mais qui veulent relever la dignité du praticien ou la noblesse de l'art médical. Des essais, des articles divers, des romans provenant de médecins, s'efforcent de tous côtés de décrire la grandeur et la misère de la médecine. C'est peut-être une réaction contre l'opinion commune qui, actuellement, est assez ironique ou méfiante à l'égard du travail des médecins. C'est une réaction contre l'indignité de certains praticiens qui ont oublié le côté humain de leur art pour n'aspirer qu'à un but lucratif. C'est encore un moyen de combattre une étatisation de la médecine et de rappeler que de soigner un être revient à un acte purement individuel puisque chaque malade est un monde à part. Bref cette littérature qu'on pourrait nommer *paramédicale* désire favoriser le respect dû à celui qui est un

instrument de Dieu pour protéger l'homme contre les maux qui nuisent à sa santé.

Mais il arrive que ces travaux, spécialement divers romans, diminuent parfois la confiance à l'endroit du médecin et de son art. Nous ne saurions cependant traiter ici à fond ce sujet car une pareille étude a déjà été entreprise, très consciencieusement, par le docteur F. Salières, dans un ouvrage fouillé : *Écrivains contre médecins*¹. L'auteur brosse un magistral tableau des critiques adressées aux médecins depuis le moyen âge et la Renaissance jusqu'à notre époque. C'est de cette dernière que le docteur Salières s'occupe spécialement, allant de Léon Daudet et Jules Romains à Van der Meersch et Martin du Gard. On pourrait même dire que l'ouvrage du docteur Salières est trop négatif. Il a voulu stigmatiser cette manière parfois déloyale de présenter un médecin comme un incapable ou un être cupide. Il faut cependant reconnaître qu'il y a de nombreux essais ou romans modernes où, au contraire, le lecteur découvre la valeur du médecin derrière les sacrifices obscurs imposés par une profession souvent ingrate. Et c'est de cet aspect positif que nous voudrions dire quelques mots. Certes, tant on a parlé de médecine actuellement un peu partout, le commun des mortels se croit trop vite aujourd'hui expert dans l'art de déceler les maladies ou de les guérir. De savoir quelques noms assez ronflants de maladies célèbres ou de remèdes efficaces ne permet pas encore de résoudre un cas médical ni surtout de juger un praticien ou un spécialiste. Mais il n'y a pas qu'en médecine qu'il faut déplorer cette vulgarisation outrée de la science. Chacun, de nos jours, se croit vite sociologue, théologien ou juriste et c'est là un signe déplorable de notre époque. Sans approuver l'œuvre de Jean-Paul Sartre on peut cependant être d'accord avec lui lorsqu'il constate :

« Naguère les philosophes étaient attaqués seulement par les autres philosophes. Le vulgaire n'y comprenait rien, et ne s'en souciait pas. Maintenant on fait descendre la philosophie sur la place publique. »²

1. Docteur François SALIÈRES, *Écrivains contre médecins*. Éditions Denoël, Paris, 1948, 8^e édition. La bibliographie qui termine l'ouvrage est remarquable.

2. Jean-Paul SARTRE, *L'existentialisme est un humanisme*. Collections *Pensées* (Nagel), Paris, 1946, p. 103. On sait que les œuvres de Sartre sont condamnées par l'Église catholique.

Pour lors nous voudrions brièvement relever ce qu'il y a pourtant de constructif dans ces ouvrages qui, sans être strictement médicaux, parlent des médecins ou proviennent de médecins. Car sur la place du marché il peut se trouver des passants capables d'assimiler la doctrine vendue à si bon compte...

LA MÉDECINE EST « UNE VÉRITÉ RAREMENT GÉNÉRALE »

Un effort caractéristique de tous les médecins, auteurs d'essais ou de romans, est de présenter les héros de leurs œuvres comme des personnages très conscients des limites de la médecine mais très désireux pour autant de persévérer dans leur zèle pour aider les malades. Une des raisons de ces limites dans l'art de guérir est l'individualité de chaque patient. Le principe général, face à l'application pratique, rencontre des obstacles qui exigent de reprendre au point de départ n'importe quelle thérapeutique. Le docteur André Soubiran le rappelle dans *Les Hommes en blanc*. Ces trois volumes décrivent de manière extrêmement vivante la carrière médicale du docteur Jean Nérac, un nom d'emprunt utile à la narration. Il y a des pages bouleversantes dans cette œuvre qui font pardonner le ton brutal et direct de certains passages. Le docteur Soubiran montre sa façon de concevoir la vraie médecine et le vrai médecin. Il écrit par exemple :

« La médecine n'est pas une sèche et froide expérience de laboratoire, une sorte de mathématique suprême, mais une vérité du moment, une vérité fragmentaire et rarement générale, qui n'est totalement vraie que pour chaque homme, pour son propre tempérament, pour sa propre maladie et pour un instant. »³

C'est sans doute ce qu'oublient de nombreux malades. Trop souvent ceux-ci estiment qu'à peine arrivé près du patient le médecin devait sauver la situation, établir un diagnostic infaillible et prescrire le remède qui guérira sans tarder. On oublie les surprises et les imprévus qu'aucun praticien, ni aucun spécialiste, ne peuvent totalement prévoir. Ces surprises proviennent, précisément, de tout ce qui fait l'histoire du malade, non seulement son passé personnel, mais ses lointaines origines dans la lignée des ancêtres.

3. André SOUBIRAN, *Les Hommes en blanc*, t. I, Paris, 1949, SEGEF, p. 186.

« A l'hôpital j'ai appris qu'à chacune de ses maladies l'homme oppose, sans le savoir, tout son passé, qu'il lutte avec toutes ses disponibilités acquises » (*ibidem*, p. 16).

Or nul ne peut deviner jusqu'où vont pareilles disponibilités. C'est dans cet esprit que le docteur Pierre Mauriac, le frère du célèbre romancier, constatait :

« Il n'y a pas de maladies, disent les médecins, il y a des malades : car l'observation journalière leur montre que tout être, de la naissance à la mort, dans la souffrance et dans la joie, dans la maladie et dans la santé, réagit suivant un mode individuel. » 4

Ce mode individuel, qui dérouté si souvent les efforts du médecin le plus capable, et le plus sincère, donne à la médecine une valeur qui dépasse la pure technique ou la simple érudition. Le docteur P. Mauriac, après avoir rappelé « l'influence précieuse de la philosophie sur la médecine » ajoutait :

« L'appréciation, pour chaque malade, de son mode réactionnel, l'analyse de son individualité biologique est la tâche qui s'impose à tout médecin que l'esprit de finesse servira bien davantage que la science » (*op. cit.*, p. 176).

Cet esprit de finesse ne s'acquiert pas uniquement à l'université, au laboratoire ou à l'hôpital, car, dit encore le docteur P. Mauriac,

« l'art médical n'est que la manifestation du bon sens, de l'esprit critique. C'est l'intelligence et le cœur au service de la science, ou la suppléant quand celle-ci est déficiente » (pp. 68-69).

Par là on sent très bien qu'un médecin et un prêtre ne sont pas et ne doivent pas être des étrangers. Car puisque philosophie, esprit de finesse et bon sens s'avèrent nécessaires à l'art de comprendre le malade et de lui faire du bien, tout ce qu'un prêtre pourra procurer au praticien en fait de connaissance de l'homme sera extrêmement utile. Réciproquement le médecin aidera le prêtre de ses lumières, puisqu'ils sont, au sens large du mot, deux confesseurs pour les humains. Henry Bordeaux y ajoutait le juriste :

4. Docteur Pierre MAURIAC, *Aux confins de la médecine*. Grasset, Paris, 1926, p. 34.

« Je recherche volontiers — écrivait l'académicien — la conversation des avocats, des médecins, des prêtres, en un mot de ceux qui savent avec des faits observés, éclaircir la vie humaine au lieu de tenir de vains et banals propos comme en tiennent la plupart des gens. Ils ont été de précieux témoins et des confidents avisés et, s'ils ont quelque jugement, ils ont acquis ainsi une expérience qui donne de l'autorité à leurs paroles. L'avocat, le médecin, le prêtre, ce sont aujourd'hui les trois confesseurs. »⁵

Une telle conception du médecin éloigne le lecteur, et il faut s'en réjouir, du portrait d'un médecin froid et distant, se livrant à des pratiques d'où le cœur serait totalement absent. Et si la littérature réapprend aux hommes que le médecin est un des leurs, qui sait compatir, donc souffrir avec eux, alors elle fait une œuvre salutaire. Car l'automatisme de certains praticiens, le travail en série dans certains hôpitaux, ont estompé quelque peu le côté humain de l'art médical.

« Ce ne sont pas — écrit le docteur Soubiran — les gestes les plus spectaculaires ou les plus techniques qui, d'un simple étudiant, font, un jour, un médecin, mais toutes les minutes accumulées où, seul dans un coin de salle, il se penche avec pitié sur le souffle désespéré d'un mourant, chaque fois qu'il apprend un peu mieux le langage de la charité en écoutant les mots secrets de la douleur » (*op. cit.*, pp. 46-47).

Voilà encore une notion indispensable au médecin convaincu : la charité. Cette vertu est nécessaire précisément parce que la médecine n'est pas une « vérité générale ». La douleur d'un malade n'est jamais identique à celle de son voisin. La charité qui désire comprendre cette douleur devra donc changer d'aspect auprès de chaque patient. C'est déjà saint Paul qui disait :

« La charité est patiente, elle est bonne ; la charité n'est pas envieuse, la charité n'est point inconsidérée, elle ne s'enfle point d'orgueil ; elle ne fait rien d'inconvenant, elle ne cherche point son intérêt, elle ne s'irrite point, elle ne tient pas compte du mal ; elle ne prend pas plaisir à l'injustice, mais elle se réjouit de la vérité ; elle excuse tout, elle croit tout, elle espère tout, elle supporte tout » (*I Cor.*, XIII, 4-7).

Il y a un passage des *Hommes en blanc* où le docteur Soubiran écrit des lignes qui sont un écho de saint Paul. L'auteur parle de

5. Henry BORDEAUX, *Les trois confesseurs*. Plon, Paris, 1935, p. 1.

« la charité véritable, telle qu'on devait la pratiquer dans les siècles de foi où le riche et le pauvre croyaient aux mêmes choses et, au moins idéalement, vivaient sans séparation dans la même cité ».

Le médecin continue :

« A cette époque, faire la charité signifiait honorer Dieu à travers la médiocrité de l'homme ; c'était à l'homme créé par Dieu que l'on donnait, et ce don qui dépassait l'individu pour atteindre son créateur n'humiliait pas le bénéficiaire, pas plus qu'il ne le ligotait des chaînes de la gratitude. Nous ne connaissons plus, maintenant, que la médiocre bonhomie du démagogue, les tapes d'encouragement dans le dos, la fausse piété qui veut flatter et qui dégrade » (t. II, p. 171).

On comprend que dans le premier volume de l'œuvre le docteur Soubiran ait déjà constaté :

« Il ne faut pas faire à ceux qui souffrent l'aumône sentimentale et molle d'une piété fausse, mais le don authentique, agissant, de la sympathie » (p. 98).

Il est heureux de sentir dans des œuvres destinées à un vaste public le désir ardent de mêler à la pratique médicale non seulement la finesse et le bon sens mais encore la charité et la compréhension. Une pareille littérature ne diminue pas mais augmente le respect et la confiance qu'il faut témoigner au médecin. En plus elle favorise, en ce siècle des machines, le respect de l'individu et il est opportun de rappeler que lorsque l'homme souffre il n'y a plus de type standard, mais il y a un monde particulier qui échappe à tout classement général. Oublier cela, en médecine, c'est prendre un mauvais chemin : certaines expériences lamentables l'ont hélas ! montré.

Il en va d'ailleurs ainsi pour le ministère pastoral. Le prêtre qui s'imaginerait traiter les fidèles de la même manière, sans aucune distinction, ferait fausse route. Il est également erroné de penser que pour une certaine catégorie d'individus les mêmes règles sont applicables. Un scrupuleux n'a jamais les inclinations ou les dispositions absolument identiques à celles d'un autre pénitent scrupuleux. Le médecin et le prêtre doivent se donner la main pour s'opposer à une thérapeutique ou à un ministère où l'homme souffrant serait étiqueté dans une vaste « carthothèque », traité d'après les méthodes conseillées à l'endroit dé-

signé, et renvoyé chez lui sans amélioration certaine, ou guéri apparemment. L'expression « suivre le malade » ou « suivre le pénitent » perd sa valeur en une époque où l'on est très pressé et où, par conséquent, on omet de s'arrêter aux détails qui entourent le mal. C'est parfois, cependant, en ces détails que se trouve la clef du problème. Une fois de plus il faut déplorer la disparition du médecin de famille. La littérature « paramédicale » est souvent un appel au retour de ces vieux praticiens qui connaissaient l'histoire du malade. L'anamnèse sera peu consciencieuse si elle est élaborée d'un crayon rapide, dans un bureau attendant à une salle d'attente où vingt patients perdent patience... Plus le malade sera un inconnu pour le médecin, moins fructueuse sera la thérapeutique. C'est aussi vrai pour le prêtre aidant les fidèles : on ne parcourt pas en quelques minutes les détours d'une âme et le ^{xvii}^e siècle, parlant de « direction », déconseillait les changements subits et fréquents de « directeurs ». Aujourd'hui souvent on passe d'un prêtre à l'autre comme on change de médecin. Il paraît que tel spécialiste a trouvé un remède surprenant, que celui-ci préconise un traitement remarquable, que tel psychiatre résout les difficultés les plus inextricables en quelques séances, et ainsi de suite. De la sorte le malade échappe à une synthèse qui, seule, permettrait au médecin de se faire une idée exacte du patient. Parfois le médecin est fautif, lorsqu'il donne clairement l'impression qu'on le dérange, comme ce prêtre qui accorde, en passant, une audience, en attendant de courir diriger un patronage, organiser un camp, présider un conseil de vente de charité, ou guider la promenade d'une société... Plus on se « répand » en mille activités, plus on oublie l'essentiel, et moins le travail sera fécond. Le médecin et le prêtre doivent y songer. Il y a quelque regret mal dissimulé dans ce tableau coloré que le docteur A. Vincent faisait du médecin de famille de jadis :

« Il soignait, dans chaque famille, trois ou quatre générations imbriquées. Parfois, des générations de médecins soignaient des générations de malades. Souvent impuissant le médecin de famille était toujours dévoué. Si, parfois, au rythme de sa monture, il arrivait trop tard, on ne lui en voulait pas, on savait qu'il n'en pouvait être autrement. Le prix de la visite était modeste. Le médecin soignait parfois des familles à l'abonnement, à l'année... Les poulets, les lapins, les douzaines d'œufs, cadeau de clients, garnissaient son garde-manger... Il avait vu naître les jeunes

femmes qu'il accouchait et dont il soignait ensuite les enfants, avantage incontestable pour la connaissance des tares héréditaires. » 6

Ce praticien savait que la médecine est « une vérité rarement générale » et il se penchait sur le malade avec la certitude qu'il avait devant lui un être souffrant d'une manière qui lui était propre et qui, dans l'histoire de l'humanité, constituait un cas qui ne se retrouverait plus jamais.

« OUVRIERS D'UN GRAND MÉTIER »

C'est encore dans *Les Hommes en blanc* qu'on découvre ces simples mots adressés par un vieux médecin à un jeune confrère :

« Voyez-vous, mon petit, pour nous, médecins, qui avons la chance d'être les ouvriers d'un grand métier, le secret du bonheur est très simple ; il est dans l'accomplissement sans défaillance de notre tâche de chaque jour » (t. III, p. 305).

Cette remarque, lourde d'une vieille sagesse, est vraie également pour le prêtre ou le juriste, pour tous ceux dont le « métier » est d'aider les autres dans les moments importants de la vie. Il est déplorable, dès lors, que certains jeunes gens se vouent à la médecine en entrevoyant une vie luxueuse et aisée plutôt qu'en désirant venir au secours de l'homme. On a d'ailleurs un peu trop volontiers prétendu ces derniers temps que la plupart des futurs médecins envisagent surtout dans la profession choisie une position lucrative. Il y a encore de l'enthousiasme et de la foi, de la conviction et de l'ardeur, chez les étudiants en médecine, même s'il se trouve de pauvres natures dont l'idéal est terre à terre. Parfois aussi on a poussé le jeune homme dans une voie qu'il ne souhaitait point, et comme écrit le docteur F. Salières, « on fait mal ce qu'on n'aime pas » (*Écrivains contre médecins*, p. 32). La littérature « paramédicale » n'a pas présenté seulement des « ratés de la médecine » mais encore de vrais médecins, et ceci est heureux.

Or les ouvrages modernes, essais ou romans, qui font entrer en scène le vrai médecin décrivent ce dernier comme un praticien qui sent que de se limiter au corporel ne suffit pas pour soigner efficacement le

6. Docteur Armand VINCENT, *Vers une Médecine humaine*. Éditions Montaigne, Paris, 1937, Collection *Esprit*, p. 10.

patient. Il faut tenir compte de la nature spirituelle de l'homme. Le docteur F. Caviezel s'est fait un devoir de rappeler cela dans ses ouvrages qui eurent un succès retentissant, non seulement en Suisse mais en de nombreux pays. Les romans de ce médecin traitent d'une manière populaire mais très vivante de graves problèmes comme l'avortement, la fidélité conjugale, le droit à la vie, la lutte contre l'alcoolisme ou la morphinomanie ; bref l'auteur a désiré faire du bien en soulignant le tragique de certaines circonstances où des faiblesses répétées ont entraîné les malades⁷. Les médecins qui évoluent dans l'œuvre de Caviezel, et qui veulent sincèrement l'amélioration de leurs patients, insistent tous sur la nécessité de prendre en considération l'unité psychosomatique de l'homme. Tel ce docteur Senn qui

« savait que la technique opératoire toute seule ne suffit pas. On peut fort bien dégager, à l'aide du bistouri, les fibres les plus ténues et les plus cachées du corps humain, mais pour atteindre les mystérieuses profondeurs de l'être, son âme et sa personnalité, la technique la plus avisée n'y saurait parvenir... Il devinait bien qu'une technique moderne, qui tiendrait compte du spirituel, obtiendrait des résultats de beaucoup supérieurs à ceux que la technique seule opère » (*Qui donc a tué ?*, pp. 174-175).

Pareillement le docteur Peyer, un autre personnage du même roman,

« considérait le malade non comme une simple unité numérique, mais avant tout comme une personnalité composée d'un corps et d'une âme. Il était convaincu, comme beaucoup de ses collègues, que l'influence morale joue un rôle important, non seulement sur l'élément spirituel de l'homme, mais aussi sur son état physiologique. Il savait que, sous le coup d'une vive émotion psychique, l'organisme peut éliminer de l'albumine. Comme d'autres de ses collègues il était persuadé que la maladie affecte autant le corps que l'âme. Il était donc partisan d'une médication qui s'adresse à l'homme tout entier » (pp. 111-112).

Partant de ces principes le docteur Caviezel va parfois un peu loin et on sent chez lui l'influence nette des théories d'un docteur P. Tournier

7. Les ouvrages du docteur Caviezel, écrits en allemand (Waldstatt Verlag A. G., Einsiedeln, Schweiz), furent traduits en diverses langues. Ils ont paru en français aux Éditions Salvator, à Mulhouse (France), et forment un roman de la Médecine au XX^e siècle. Ce sont les quatre volumes suivants : *Ne demande pas pourquoi* (*Frag nicht warum*, 1949) ; *Où... pour toujours* (*Das ewige Ja*, 1952) ; *Et moi j'ai dit non* (*Ich bin das Nein*, 1953) ; *Qui donc a tué ?* (*So sei es*, 1954).

ou de C. G. Jung. Le facteur religieux deviendra un élément constitutif du traitement qui entraînera la guérison.

« Médecin consciencieux, le docteur Peyer savait que très souvent les problèmes biologiques ne sont au fond que des problèmes religieux. A son avis la médecine était en rapport très étroit avec le ministère du prêtre. Il était persuadé que tous les bons conseils qu'il donnait dans ses consultations, sur le seul plan technique et médical, ne servaient à rien. Une rénovation de l'esprit, un profond changement d'âme s'imposait si l'on voulait obtenir des résultats durables » (*op. cit.*, p. 112).

Au cas où l'on témoignerait quelque surprise devant cette équation entre biologique et religieux le docteur Peyer saura répondre. Ce personnage du roman de Caviezel explique en effet son attitude à un confrère étonné de le voir se mêler de questions spirituelles.

« Je suis médecin. Pourquoi ne vous indignez-vous pas, quand nous recourons à l'électro-choc pour guérir les malades, sans être des physiciens? Pourquoi acceptez-vous un traitement à l'insuline, bien que nous ne soyons pas chimiste? Pourquoi ne pourrais-je pas être pour vous un directeur de conscience, sans pour cela revêtir une soutane? Puisque l'homme a un corps et une âme il faut le traiter dans son ensemble » (p. 118).

En parlant du docteur Tournier, dans un article précédent (*Laval médical*, avril 1954) nous avons déjà montré une prudente réserve à l'endroit d'une médecine qui prendrait la place de la religion. Il faut distinguer entre direction psychiatrique et direction spirituelle. Voilà pourquoi cette opinion du docteur Peyer dans l'ouvrage de Caviezel est discutable :

« Médecine et direction spirituelle étaient pour lui inséparables. Il savait par expérience que toutes les exhortations ou encouragements étaient des paroles en l'air, — surtout avec les morphomanes et les alcooliques, — quand ne s'opérait pas en même temps chez ces malades une totale conversion intérieure. Il savait bien qu'on devient rarement ivrogne pour étancher sa soif, mais aller boire est un prétexte que l'alcoolique invente pour combler le vide de son cœur. Tous les bons conseils n'y changeront rien, si un retour complet ne s'opère chez le malade » (p. 145).

Certes un médecin, par sa personnalité et sa tenue morale, peut aider le patient à combler le vide de son cœur. Mais hélas ! chacun sait

que certains praticiens ne craignent pas de donner des directives douteuses à divers malades afin, précisément, de leur créer un dérivatif éventuellement favorable à leur santé psychique et, par voie de conséquence, à leur organisme. Divers médecins présentés par le docteur Caviezel ont une tenue souvent exemplaire mais ce serait périlleux de généraliser leurs enseignements car chaque praticien n'aurait peut-être pas un tel respect de la personne du malade. Certes le docteur constatait que

« toute psychothérapie ne saurait réussir que grâce à l'autorité morale intacte et exempte de tout soupçon de celui qui s'en charge. A cet égard le malade possède une perspicacité très aiguisée. Un médecin dont les manières déplaisent, qui ne vient pas à bout de ses propres difficultés, ou dont la solution qu'il donne contredit les principes qu'il affiche, ne peut compter avoir une influence efficace et guérir son malade » (p. 113).

Pareille observation est applicable au prêtre : les fidèles ont tôt fait de sentir qu'un directeur d'âme ou qu'un confesseur parlent sans conviction ou si, au contraire, la sincérité de l'accent désigne la profondeur de la vocation. Mais encore une fois la psychiatrie, ou simplement la psychologie, ne peuvent être mises sur pied d'égalité avec une direction religieuse.

Nous admettons ce que le docteur Peyer disait à son collègue dans le roman de Caviezel :

« Tout doit s'harmoniser avec les lois de la nature et les lois de Dieu. Car c'est dans cette obéissance que nous trouverons les garanties les plus sûres de notre être . . . Vous devez vous orienter de nouveau vers Dieu, parce que tous les problèmes sont au fond des problèmes religieux » (p. 125).

Le véritable médecin, en effet, respecte les lois de la nature et celles de Dieu. Déjà Hippocrate, dans l'Antiquité, ou Paracelse, à la Renaissance, enseignaient que la thérapeutique doit le plus grand respect à la nature puisque cette nature est l'œuvre de Dieu. Mais la simple morale naturelle, même si elle comprend des valeurs religieuses, n'est pas l'unique secours que le malade peut rencontrer dans la vie. Il faut répéter ici ce que nous avons déjà rappelé ailleurs : la grâce, et les sacrements qui la confèrent, sont du domaine surnaturel, exclusivement

réserve au prêtre. Car on peut tenir compte du spirituel sans pénétrer dans des sphères qui ne nous sont connues que par la Révélation. Voilà pourquoi le médecin qui estimerait avoir en main tout ce qui est nécessaire pour aider le patient, corps et âme, dans son infortune, serait dans l'erreur. Un catholique spécialement puisera des réconforts à des sources qu'on ne rencontre point dans un bureau de consultation ou dans une clinique modèle. Certaines pages de l'œuvre de Caviezel risquent parfois de faire oublier que la profession médicale doit reconnaître ses limites et ne pas craindre de laisser la place à un autre serviteur de Dieu qui se nomme le prêtre. Et lorsque le cas sera jugé désespéré, au point de vue médical, c'est encore le médecin qui songera qu'il n'a pas à demeurer seul au chevet du patient pour l'aider à « faire le pas ». Aucun praticien ne doit se soustraire au devoir qui lui incombe alors et que résume le docteur L. Chantereau dans son ouvrage *Médecin des hommes* :

« Ne désertons pas le poste — écrit l'auteur — au moment où la mort va nous infliger une défaite. Nous y avons, pour commencer, ce devoir strict : annoncer explicitement aux proches la fin inévitable. Qu'ils puissent faire ce qu'il y a à faire, que cet homme ne soit pas pris en traître par la mort, qu'il puisse se préparer une sortie conforme à sa volonté et à sa vie. »⁸

Ces lignes montrent bien que le médecin, fût-il le plus zélé et le plus consciencieux, ne peut assurer seul tout le travail qui s'impose auprès d'un malade.

Si en médecine le métier est grand et l'ouvrier digne d'un grand respect il ne faudrait cependant pas croire que pareil artisan répare sans autre tout organisme dérangé, redonne la santé à tous ceux qui la souhaitent. La littérature « paramédicale », en montrant les limites de la médecine, a le mérite d'effacer de l'opinion populaire cette impression qu'un praticien doit posséder dans sa trousse la santé et que son passage va inmanquablement entraîner la guérison. Le docteur Delore, dans un ouvrage intitulé *Notre frère Corps*, écrit par exemple :

« La santé ne s'achète pas simplement chez le médecin, chez le pharmacien ou chez l'architecte. Elle se mérite. Elle ne se con-

8. Docteur LUC CHANTEREAU, *Médecin des hommes*. Paris, Flammarion, 1949, p. 44. Nous avons parlé du devoir qu'a le médecin de permettre au patient de se préparer à la mort dans notre ouvrage *Prêtre et Médecin en face du malade* (Porrentruy-Suisse, Le Jura, 1949), pp. 143-147.

serve que par une discipline, une attention, une lutte quotidiennes contre soi-même... La conduite du corporel réclame la conduite du mental ; le code de la santé est d'abord un code moral. »⁹

Le docteur A. Vincent exprimait la même idée :

« La santé ne s'achète pas. Elle se mérite par un effort constant de toute la vie. Effort pour éviter les causes d'usure de la machine humaine, les intoxications, qu'elles viennent de l'extérieur ou prennent naissance dans l'organisme dont on n'a pas respecté les conditions naturelles de vie » (*Vers une Médecine humaine*, p. 182).

Ainsi que l'on se garde de négliger sa santé en pensant que le médecin n'aura qu'à tout remettre dans l'ordre. Il y a dans *Les Hommes en blanc* un passage caractéristique montrant un paysan âgé, assis devant le médecin dans le bureau de consultation, et fixant sur le praticien « un regard calculateur ». A la question du médecin demandant au vieillard où il avait mal, celui-ci répond :

« Ah, non, ce n'est pas à moi de vous le dire. C'est à vous de le trouver » (t. III, p. 47).

Il y a là une mentalité primitive qui n'a pas disparu dans les pays dits civilisés. Les médecins revenant des Missions rapportent qu'ils rencontrent souvent cette attitude chez les malades indigènes. Il faudrait arriver cependant à ne pas voir dans le médecin un homme qui, instantanément, s'avère capable de tout réparer ce qu'ont entraîné, pendant des années, divers abus ou des imprudences. Les questions d'hérédité et d'antécédents, le climat nerveux actuel où doivent vivre la plupart des hommes, ne rendent pas aisé le travail de la thérapeutique. Il est bon que même les « romans médicaux » le rappellent au public. Dans un volume du docteur Caviezel la doctoresse Hedy Baer estimant que « la psychologie est la science qui nous est la plus indispensable » ajoutait que

« guérir ceux qui sont atteints de névrose et de psychose, dans l'état où se trouvent les nerfs de nos contemporains d'aujourd'hui, est une question difficile et angoissante » (*Qui donc a tué ?*, p. 134).

9. Docteur Pierre DELORE, *Notre frère Corps*. Paris. Librairie de Médecis, 1938, p. 142.

Un des aspects fructueux, par conséquent, de cette littérature si goûtée de nos jours, faisant jouer au médecin un rôle primordial, est de mettre en garde le lecteur contre des négligences nuisibles à leur santé. La médecine n'arrive pas à transformer la nature. Malgré les progrès considérables de la chirurgie et de l'hormonothérapie on ne construit pas un nouvel homme avec un corps usé. Et la psychiatrie ne pourra pas toujours faire remonter la pente à ceux qui, trop tard, ont désiré réagir contre des faiblesses démoralisantes ou contre une apathie qu'ils auraient pu maîtriser, s'ils s'étaient entourés assez tôt d'un climat qui les aide à repartir après quelques défaites, ou à reconstruire après certaines ruines.

« UN DÉVOUEMENT PRESQUE TOUJOURS MÉCONNU »

Cet ouvrier d'un grand métier devra, pour répondre à sa vocation, accepter non seulement des sacrifices obscurs mais encore d'être récompensé souvent par l'ingratitude. C'est le vieux docteur Delpuech, dans *Les Hommes en blanc*, qui disait à son jeune collègue :

« La médecine n'est vraiment grande que parce que notre dévouement reste presque toujours méconnu et gratuit » (t. III, p. 60).

Quel prêtre ne pourrait également faire sienne pareille observation ? Le sacerdoce réserve aussi cette ingratitude. Les fidèles et les malades ont trop souvent tendance à estimer que tout est « réglé » si certains honoraires sont venus permettre, à ceux qui leur ont prodigué des secours, de vivre et de subsister. Volontiers notre siècle évalue toutes choses à coup de monnaie trébuchante. Certes il arrive malheureusement que certains prêtres marquent une préférence à l'endroit des fidèles capables de faire des dons importants pour les bonnes œuvres, comme il arrive que certains médecins appliquent davantage leur attention au cas des malades capables de recevoir une « note » plus corsée. Cette attitude peu louable n'est pas un fait commun ou habituel. Il faut savoir gré à divers romans de présenter un médecin désintéressé dans ses efforts ou un prêtre uniquement soucieux des âmes dans son ministère. Il est exact de nommer méconnu le dévouement du médecin car

on oublie souvent les soucis qu'un patient procure au praticien. La médecine n'étant pas une science exacte, le corps humain réservant toujours des surprises, il est inévitable que le médecin se demande fréquemment s'il a au moins prescrit le traitement correspondant au mal. Le plus célèbre professeur peut encore faire une erreur ; le médecin de campagne peut voir son zèle aboutir à un échec parce qu'il a dû « intervenir » dans des conditions lamentables au point de vue hygiénique ; le médecin d'hôpital peut revenir de la clinique rongé d'inquiétude parce qu'il y laisse une patiente qui, peut-être, malgré tous les efforts, ne passera pas la nuit. Et le public, voyant ces médecins gagner leur demeure en de confortables automobiles, s'imaginent que ce sont des gens heureux et qu'aucune préoccupation ne les tourmente. Il est bon que la littérature « paramédicale » rappelle toutes les souffrances cachées dans ces cerveaux et ces cœurs de médecins qui, toujours, posent et reposent le problème, sous toutes ses faces, concernant tel ou tel patient. Mais ceci ne se traduit pas dans le train de vie du praticien et beaucoup de malades ignorent qu'ils ont parfois causé une nuit blanche à leur médecin. L'ouvrier d'un pareil métier ne peut pas, comme l'artisan, laisser le rabot sur l'établi et, le lendemain, reprendre le labeur sans trouver de changement dans l'échoppe. Le médecin sincère a souvent comme compagne l'inquiétude et cette dernière est peut-être un aspect spécial de la charité. Grâce à cette charité le praticien saura demeurer très proche de son malade. C'est ce qui faisait sans doute écrire au docteur Dumesnil que

« l'âme du médecin garde sa fraîcheur entretenue par la source jaillissante de la charité ». ¹⁰

C'est un ami, dès lors, et non un étranger qui se penche sur le malade car, ainsi que l'écrivait encore le docteur Dumesnil :

« Il faut s'efforcer que l'approche du médecin paraisse moins redoutable à cet homme qui, pendant de longs jours, va la subir, et plusieurs fois chaque jour. Il faut qu'elle soit souhaitée, espérée, qu'elle devienne à elle seule un premier soulagement moral à ses maux » (*op. cit.*, p. 237).

10. Docteur René DUMESNIL, *L'âme du médecin*. Paris, Plon, 1938 (*Présences*), p. 238.

La littérature qui nous occupe présentement parle beaucoup de ce « soulagement moral ». On souligne sans relâche les rapports étroits du physique et du moral. Ce que la vieille sagesse populaire savait déjà est exposé de manière plus explicite. Jamais autant qu'aujourd'hui de multiples ouvrages à la mode, qui n'ont même pas un caractère purement scientifique, n'ont souligné les influences réciproques du physique et du psychisme. De ce fait la personne du médecin revêt une importance spéciale puisqu'il devra atteindre le patient non seulement dans son organisme malade mais il veillera aussi à influencer le « moral » du sujet. Le docteur Braun, un personnage d'un roman de Caviezel,

« savait qu'il ne faut pas considérer le patient comme quelqu'un qui souffre simplement dans son corps. L'état moral du malade est d'une grande importance pour l'évolution du mal et sa guérison, en sorte que d'une part toute souffrance physique est influencée par l'âme, et que toute attitude morale relève aussi de l'état du corps » (*Oui . . . pour toujours*, p. 192).

Le médecin devra donc faire entrer le dévouement dans son activité, non plus seulement pour un motif de charité, mais encore pour une raison de devoir d'état, puisque son influence compréhensive appartient, en quelque sorte, aux soins que nécessite le malade. Et c'est bien au praticien qu'il faut appliquer le mot du docteur A. Carrel :

« Le devoir de chacun est, non seulement d'aimer les autres, mais encore et surtout de se rendre soi-même digne d'être aimé par les autres. » 11

Ces mots font penser à la constatation du docteur Delpuech, dans le dernier tome des *Hommes en blanc*, disant à un jeune collègue, en parlant des malades :

« S'ils vous ont quitté pour un autre, c'est probablement parce que vous n'avez pas su gagner ou retenir assez leur confiance, comprendre tout à fait l'homme qui vous était venu avec sa plainte, son espoir, que vous n'avez pas su atteindre son cœur . . . La médecine n'est pas une science pure, elle reste par bien des côtés un art et le médecin, par mille traits psychologiques, est un artiste » (t. III, p. 205).

11. Docteur A. CARREL, *Le Voyage de Lourdes*, suivi de *Fragments de Journal et de Méditations*. Paris, Plon, 1949, p. 114 (24 avril 1941).

Cette même idée se retrouve chez le docteur J. Okinczyc, dans son ouvrage *Humanisme et Médecine* :

« Chaque malade est un nouveau problème à résoudre, dont la solution ne se trouve pas dans les livres, mais dans l'homme lui-même qu'il convient d'interroger avec notre science sans doute mais aussi avec notre intelligence, avec notre cœur, et c'est là, à proprement parler, œuvre d'art en même temps qu'œuvre de science. »¹²

Être un artiste qui sait atteindre le cœur et pas seulement un érudit qui connaît l'organisme par les manuels et les dissections, c'est le propre du médecin qu'on rencontre dans de multiples livres modernes, dans ces ouvrages « paramédicaux » aussi recherchés aujourd'hui que ceux qu'un prêtre, un cardinal ou un curé de campagne anime de leur personnalité imposante ou fragile¹³. On peut se demander si ce goût du public pour approfondir le destin d'un prêtre ou d'un médecin ne vient pas de la nécessité que l'homme moderne ressent de pouvoir s'accrocher à un être capable de l'aider dans ses difficultés. Un peu perdu dans un monde où la machine, la catégorie et l'automatisme règnent à plaisir l'homme désire des responsables capables de le comprendre. Ce besoin s'avère surtout impérieux au moment où une crise quelconque rappelle que la vie de l'intelligence et celle du cœur échappent à la série, qu'elles sont particulières à chacun et qu'il faut un être essentiellement souple et disponible pour comprendre chaque cas. Le prêtre et le médecin se rangent parmi ces responsables et doivent avoir cette disponibilité qu'ils ne pourront puiser que dans leurs propres valeurs, dans ces valeurs acquises par de solides études certes, mais aussi par une discipline et un idéal qui réclament des sacrifices. Ces exigences du public à l'égard du prêtre et du médecin sont tout à l'honneur de ces derniers. L'intérêt que leur porte la littérature actuelle montre simplement que le médecin trop « commerçant » et le prêtre trop « activiste » ne sont pas et ne seront jamais ceux que souhaitent rencontrer les malades ou les fidèles.

¹² Docteur J. OKINCZYC, *Humanisme et Médecine*. Paris, Labergerie, Au service de l'Homme, 1936, pp. 22-23.

¹³ Voir dans les *Études* l'article de André BLANCHET, *Un nouveau « type » de prêtre dans le roman contemporain*, t. 280, n° 2 (février 1954), pp. 145-164 et n° 3 (mars 1954), pp. 301-313.

UN RESPECT COMPRÉHENSIF DU MALADE

La littérature « paramédicale » prêche l'indulgence à l'égard des malades. Dans *Les Hommes en blanc* un médecin âgé confie à un prêtre de la contrée :

« Si tu savais ce qu'il peut y avoir d'indulgence dans le cœur d'un vieux médecin » (t. III, p. 148).

Ce qui dicte une pareille conduite au praticien c'est de se souvenir que l'homme est fréquemment doté d'un fâcheux héritage physiologique ou psychique. Par conséquent le terme liberté doit se comprendre en fonction de ces tares dues aux générations précédentes. Un confesseur saura tirer avantage de cet enseignement. Quelques propos du docteur Delpuech, dans l'œuvre de Soubiran, illustrent bien ceci :

« Le médecin n'a jamais le droit de mépriser ses malades, si misérables et si déchus qu'ils puissent paraître, de s'indigner, de crier au scandale ; peut-être ne se sent-il même pas assez de certitude pour se permettre de les juger... Comme médecin j'ai dû apprendre à les accepter tels qu'ils sont dans le fond de leur nature, envieux, vaniteux, vicieux, avides, prêts à devenir féroces lorsque leur égoïsme ou leur intérêt est en jeu... Quarante années de médecine m'ont montré des conséquences et des fatalités héréditaires presque aussi inéluctables que les lois physiques. Un certain déterminisme d'humeurs et de sécrétions glandulaires ligote les hommes de leur naissance jusqu'à leur mort... On n'échappe jamais complètement au lot de misères héritées et de hontes, qui est, pour chacun, l'inexorable cadeau du destin. Non ! personne n'est jamais tout à fait libre » (*Les Hommes en blanc*, t. III, pp. 145-146).

S'il est opportun que le médecin et le prêtre connaissent cette dépendance du sujet par rapport à ses antécédents, il est moins sage de le rappeler sans discernement aux malades ou aux fidèles. Car volontiers aujourd'hui on excuse une faiblesse, on pardonne une faute en disant que les penchants hérédités sont là et que dès lors on n'y peut rien. La liberté subsiste même pour celui chez qui des troubles mentaux ou certains désordres endocriniens viennent rendre l'exercice de la vertu plus ardu. Il y a toujours un effort possible aussi longtemps que l'usage de la raison permet d'observer la hiérarchie des valeurs. Indulgence ne doit pas signifier paresse. Indulgence signifie qu'il faut éviter des ju-

gements trop catégoriques, qu'il faut se souvenir que seul Dieu est à même de distinguer parfaitement la part du volontaire et celle de l'animal, mais que pour autant il est indispensable de tendre à un redressement de la nature. Il ne faut pas non plus exagérer, — et le docteur R. Biot met en garde contre cet abus ¹⁴ —, le côté négatif des questions d'hérédité : s'il y a parfois dégénérescence il y a aussi régénération. En plus une maladie peut revêtir un aspect positif. Le docteur Caviezel relève précisément les leçons que donne la souffrance à un malade bien disposé : elle lui indique que son corps a des limites, oubliées peut-être au temps d'une brillante santé :

« Ce corps dont, pourtant, l'homme est si fier, devant qui l'esprit s'agenouille presque tous les jours ; ce corps qui peut escalader les pics de 4.000 m. les plus altiers ; ce corps élégant dont l'attrait charme le cœur des belles ; ce corps que chaque semaine encensent les illustrés, et dont les exploits sportifs provoquent les paris les plus élevés . . . : vienne une petite fièvre insidieuse, et voilà que se consume en quelques jours, ce qui, auparavant, était un objet d'admiration ; force et beauté, il suffit d'une légère perte de sang pour tout mettre en péril . . . Pauvres hommes à qui la maladie sert de banc d'école pour apprendre à lire dans ce livre mystérieux de leur âme, avec la gaucherie d'un enfant qui déchiffre les grandes et les petites lettres de l'alphabet ! » (*Oui . . . pour toujours*, pp. 88-89).

Ces réflexions d'un médecin, dans l'œuvre de Caviezel, trouvent un écho dans ce conseil d'une doctoresse, personnage d'un autre ouvrage du même auteur :

« Il faut distraire les malades autant que possible, les occuper et leur montrer que, malgré leur maladie, ils sont encore des membres utiles à la société » (*Qui donc a tué ?*, p. 137).

Il est réconfortant pour un patient de rencontrer des médecins qui lui affirment qu'il demeure utile à la société. Car c'est un sentiment malsain et déprimant, chez le malade, de se dire qu'il n'est plus bon à rien et que sa vie n'a plus aucun sens. Le théologien, grâce à la doctrine du Corps mystique, saura rappeler au patient toute l'efficacité du pouvoir qu'il exerce sur l'ensemble des fidèles, puisque par une mystérieuse application des mérites Dieu permet qu'un membre de l'Église

14. Voir l'ouvrage du docteur R. Biot, intitulé : *Santé humaine*, Paris, Plon (*Présences*), 1942.

bénéficie de ce qu'un autre offre en sa faveur. Un malade croyant, lisant les épîtres de saint Paul, y puisera le courage le plus précieux et le plus substantiel. Cependant, il est salutaire pour le patient d'entendre le praticien lui-même estimer que la maladie n'empêche pas un être de conserver une insigne valeur. Ce n'est pas qu'au temps de Balzac, mais aujourd'hui encore, que, psychologiquement, le médecin exerce une influence parfois plus directe sur le malade que le prêtre. De ce dernier on attend inévitablement une doctrine consolante, fondée sur des vues plus hautes que l'opinion commune ou terre à terre. Mais du médecin on attend plutôt d'abord piqûres, remèdes ou ordonnances ; aussi est-on d'autant plus frappé s'il se met, lui aussi, à inviter le patient à découvrir le sens profond de son mal, et l'usage qu'il peut en faire. Il faudra certes que ce praticien observe consciencieusement la hiérarchie des valeurs et qu'il ne devienne pas un obstacle à la mission du prêtre, se gardant de dénigrer les conseils ou l'intervention de ce dernier.

Il y a enfin des ouvrages impressionnants, qu'on ne saurait ignorer, écrits par des malades eux-mêmes, qui révèlent avec une sincérité souvent prenante la somme de souffrances et de sacrifices cachés que représente une vie de malade. Ces travaux favorisent également la confiance et la considération dont les médecins sont dignes. L'ouvrage de France Pastorelli, intitulé *Servitude et Grandeur de la maladie* (Paris, Plon, 1933) est une longue méditation sur l'état de maladie. Cette lecture sera utile à tous ceux qui abordent les patients car l'auteur parle du drame avec soi-même, et du drame avec l'entourage, que représente chaque maladie. Et mieux on saisira ce drame, mieux on secourera le malade. Pareillement l'œuvre de Suzanne Fouché : *Souffrance, école de vie* (Paris, Spes, 1933) et ce livre composé en collaboration : *Dialogues avec la souffrance* (Paris, Spes, 1941) seront des guides éclairés pour diriger ceux qui vouent leurs soins aux malades. On peut d'ailleurs aussi ranger ces travaux parmi ceux qui sont au service de la médecine. Il en va de même pour un ouvrage comme celui de docteur M. Dalloni : *Sous les armes de la Charité* où l'auteur relève la précarité d'une médecine qui deviendrait purement une question de science et d'érudition. Ce serait oublier que

« la maladie plonge ses racines dans notre intimité physique, morale et spirituelle, en sorte qu'il y a retentissement de toutes ces

parties les unes sur les autres. Deux malades ne feront jamais une maladie de la même façon... ». 15

Nous avons déjà vu que cette dernière constatation se retrouve dans de multiples ouvrages médicaux ou paramédicaux. Il y a impossibilité de standardiser le malade ou la thérapeutique car la nature réserve toujours ce qu'un esprit peu averti nommera une injustice. C'est ce que traduisait ce dialogue d'étudiants, dans *Les Hommes en blanc* (t. II, p. 123) où un futur médecin dit à son collègue :

« Ce que tu appelleras injustice est à tous les lits : deux pneumoniques, l'un imbibé d'alcool, l'autre qui, toute sa vie, s'est retenu de boire, et c'est le sobre qui va mourir. »

Un pareil état de choses montre qu'en définitive c'est Dieu qui dispose de la vie et de la mort et qu'on n'a pas le droit de s'appuyer exagérément sur des estimations humaines qui ne sont jamais infaillibles. Ceci doit être dit d'ailleurs sans aucune animosité à l'égard de la thérapeutique mais simplement avec une tranquille objectivité, respectueuse de la réalité.

MÉDECINS SOUS LA COUPOLE

On sait que l'Académie française aime à posséder dans son sein des représentants de milieux divers : s'il y a là des gens de lettres il y a aussi des gens d'Église et d'armée. La classe des médecins n'y est pas ignorée non plus. Georges Duhamel, Pasteur Vallery-Radot, Henri Mondor sont, par exemple, de distingués académiciens qui joignent à leurs connaissances médicales l'art de bien écrire. Duhamel s'est surtout donné comme tâche de défendre l'aspect individuel de l'acte médical. Il se fait un ardent protecteur de tout ce qui peut favoriser la sauvegarde de la personne humaine car

« les vertus qui distinguent l'homme et qui, jusqu'à cette heure de l'histoire, ont déterminé sa précellence sont essentiellement des vertus individuelles. Tout ce qu'il y a de grand dans le monde humain est l'œuvre de l'individu ou tout au moins conception de l'individu. L'histoire des groupes est désespérante, inhumaine. Alors que l'homme-individu, depuis des siècles, se montre capable

15. Docteur Marcelle DALLONI, *Sous les armes de la Charité*. Fribourg (Suisse), Imprimerie Saint-Paul, 1943, p. 28.

de sainteté, de maîtrise, d'abnégation, l'homme-collectivité en est encore, dans ses tâtonnements, aux actions et réactions de l'animalité. » 16

Partant de là Duhamel se montre, on le comprend, très méfiant à l'égard de tout étatisme désireux de régner sur la médecine. L'auteur respecte la vie comme une aventure à nulle autre pareille : ses romans témoignent sa sollicitude pour tout ce qui constitue la famille, pour ce qui développe les arts, pour tout ce qui donne à l'existence un charme et une saveur. Et c'est d'abord l'individu qui se doit de rendre la vie attirante et attachante. Le médecin sincère, qui va tenir compte de tout ce qui touche le malade, ne saurait dès lors imaginer une médecine « collective », usant de principes aveugles, et ignorant les difficultés nouvelles présentées par chaque nouveau patient.

« L'acte médical n'est jamais comparable à celui de l'architecte ou du mécanicien. »

Ces mots de Duhamel (*ibidem*, p. 281) montrent que le malade ne sera jamais un automate dont les ressorts immanquablement répondent à telle ou telle nécessité, fonctionnant conformément aux exigences de l'ensemble. Cette fonction chez l'homme est subtile et la plus habile thérapeutique n'arrive pas toujours à remettre en équilibre l'harmonie troublée par la maladie. Le médecin ne s'installe pas devant une machine mais devant un être rendu compliqué par l'ensemble étonnant de matière et d'esprit. Voilà pourquoi Duhamel écrit :

« La médecine contraint l'homme à regarder l'homme... La médecine enseigne à voir les hommes et elle nous les montre presque toujours en état de crise. La naissance, la souffrance, la mort, les drames infinis qui précèdent, qui accompagnent ou qui suivent ces grands événements, voilà donc le spectacle ordinaire du médecin. » 17

On sent chez l'académicien, lorsqu'il parle de médecine, le désir de rendre constamment cet art et cette science un moyen de secourir l'homme traversant une crise. Et pour réaliser cet idéal on comprend

16. Georges DUHAMEL, *Les excès de l'Étatisme et les responsabilités de la médecine. Revue des Deux-Mondes*, (15 mai) 1934, p. 298.

17. Georges DUHAMEL, *Paroles de médecin*. Monaco, Éditions du Rocher, 1946, pp. 63-64.

que Duhamel souhaite au praticien de faire appel également à d'autres disciplines capables d'augmenter sa connaissance de l'homme.

« Pour être digne de ses hautes destinées, la médecine doit consulter les philosophes, écouter les musiciens et les poètes, observer les travaux des sculpteurs et des peintres, surveiller les entreprises des architectes, en bref ne rien ignorer de tout ce qui est un signe de l'homme, de tout ce qui fait la grandeur de l'homme. » 18

Devant un tel programme on comprend que même le docteur F. Salières ait estimé que lorsque Duhamel

« touche à la médecine dans ses livres il le fait avec un tact, une sagacité, une intelligence, un à-propos auxquels on ne saurait jamais rendre suffisamment hommage » (*Écrivains contre médecins*, p. 170).

Un hommage est dû également à Pasteur Vallery-Radot pour la manière dont il parle des médecins et de leur mission. Il rappelle la relativité des connaissances médicales, sans pour cela les dénigrer, mais simplement pour faire éviter un goût de l'absolu qui ne serait pas de mise lorsqu'on soigne un malade.

« Il faut n'avoir jamais approché de malades pour ne pas savoir qu'il n'en est pas deux semblables. » 19

Encore une fois on sent ici cette méfiance à l'égard d'une médecine qui oublierait chez l'homme la notion du microcosme. L'auteur écrivait :

« La maladie est une déviation des processus normaux que nous connaissons à peine. Les réactions qu'elle engendre dans l'organisme nous apparaissent innombrables et bien différentes de ce que nous avait fait croire une science trop simpliste. Presque chaque jour, une découverte nouvelle remet en question une série de données que nous croyons définitivement acquise. » 20

Tout cela rend l'office du praticien extrêmement compliqué mais il est inutile de se faire des illusions. Il faut admettre les difficultés de la

18. Georges DUHAMEL, *La Médecine et l'Homme*, « Connaître » : *Cahiers de l'humanisme médical*, Paris, n° 1, 1945. L'auteur présente le cahier.

19. Pasteur VALLERY-RADOT, préface au livre déjà cité du docteur L. CHANTEREAU, *Médecin des hommes*, p. 8. Cette même remarque se trouve dans un autre œuvre de Pasteur VALLERY-RADOT, *Héros de l'esprit français*, p. 153 (Amiot-Dumont, Paris, 1952).

20. Pasteur VALLERY-RADOT, *Clinique ou laboratoire ?* *Revue des Deux-Mondes*, (15 février) 1937, p. 891.

thérapeutique et s'efforcer de les aplanir sans vouloir jouer au charlatan, sans espérer une précision impossible à réaliser dans un terrain aussi fluctuant que l'organisme humain. C'est ce qui explique ces lignes de l'académicien :

« Il serait aussi faux de faire table rase de la clinique qu'il serait absurde de nier le laboratoire. Il faut les associer avec cet esprit de discernement sans lequel la médecine semblerait établie sur un sol mouvant, où scintilleraient mille feux follets, évanouis à peine apparus » (*ibidem*, p. 895).

L'esprit de discernement est un don qu'on n'obtient pas nécessairement à l'université. Il peut être un héritage mais il demande surtout qu'on le cultive et qu'on le développe, tant avec l'intelligence qu'avec le cœur. Il n'est pas surprenant dès lors d'entendre Pasteur Vallery-Radot, avec une pointe d'ironie, lui aussi, contre l'étatisation de la médecine, affirmer que

« le législateur a oublié que, pour le médecin, les qualités de cœur sont aussi importantes que le savoir ». 21

Puisqu'il s'agit de l'homme malade, et non point d'une chose inanimée, le cœur a son rôle irremplaçable. L'académicien souhaite donc des relations d'amitié entre médecin et patient. Il les veut parce qu'à son tour il défend l'individualisme en médecine. Vraiment on découvre un peu partout un plaidoyer général en faveur de l'individu dans les ouvrages qui, de près ou de loin, traitent de questions médicales. La collectivisme qui gangrène notre époque suscite une inquiétude grandissante.

« Lentement — écrit l'auteur — notre civilisation s'achemine, par la perte de l'individualisme, vers une fin monstrueuse où les fonctions de la pensée prendront un caractère collectif » (*ibidem*, p. 64).

Dans la littérature « paramédicale » c'est presque un refrain que cette reconnaissance des valeurs de l'individu qu'aucune institution n'a le droit de noyer ou d'oublier. Les académiciens ont senti le besoin, comme un grand nombre d'écrivains, de se révéler les ennemis acharnés de tout ce qui nuirait à la dignité d'un homme, en médecine comme dans

21. Pasteur VALLERY-RADOT, *Héros de l'esprit français*. Amiot-Dumont, Paris, 1952, p. 167.

les autres sciences, pour permettre un prétendu développement de l'humanité. L'ensemble des êtres raisonnables doit profiter du bien que l'on fait à chacun, mais l'individu ne saurait souffrir de se voir sacrifier pour favoriser l'idole moderne qui se nomme la collectivité.

C'est aussi ce que montre l'ouvrage auquel Henri Mondor a donné comme titre : *Grands médecins presque tous*²². L'auteur y a retracé la vie de célèbres médecins et présenté certains textes fondamentaux de chacun d'eux. L'histoire ici indique que le respect de la personne a toujours été à la base des progrès réalisés par la médecine et le thérapeutique. De ne jamais oublier l'unité psychosomatique de l'homme a permis à la science d'agir avec fruits et d'arriver progressivement à des résultats toujours plus efficaces. Déjà Ambroise Paré, au xvi^e siècle, ayant guéri le vicomte d'Havré,

« sait recommander, au convalescent, tant il tient pour solidaires le physique et le moral, et pour symétriques leurs équilibres, d'avoir « des violes et des violons et quelque farceur pour le réjouir » ou d'aller quelquefois non loin du château, en une halte familière, regarder pêle-mêle « les mâles et les filles du village danser et chanter à tire-larigot » (*op. cit.* p. 28).

D'autre part l'histoire, telle que la présente Henri Mondor, révèle que les grands médecins surent toujours tenir compte de la nécessité, devant chaque patient, de considérer la note individuelle du mal qui tourmente ce sujet et non pas un autre.

« Chaque malade, imposant des traits particuliers à sa maladie, les résultats, en médecine, ne sauraient avoir la régularité, la fixité des résultats purement scientifiques » (p. 249).

Pour confirmer ses paroles, l'académicien cite un texte de Trousseau, le célèbre clinicien de la première moitié du xix^e siècle, disant :

« Ce serait sans doute une chose bien désirable que de voir tous les médecins, une maladie étant donnée, en calculer les causes, l'issue, le traitement, avec une précision, une identité mathématiques ; il serait beau de voir tous ceux qui seraient chargés de gérer la santé des populations, faire, chaque année, un bilan exact de leur pratique, et soumettre, avec orgueil, leurs inflexibles résultats à l'inflexible examen d'une cour médicale des comptes. Malheureusement, il n'en sera jamais ainsi : pour toujours nous serons appelés à gémir du vague déplorable de la médecine... » (*ibidem*).

22. HENRI MONDOR, *Grands médecins presque tous*. Paris, Éditions Corrèa, 1943.

Enfin l'ouvrage d'Henri Mondor a l'avantage de faire découvrir au public le courage de médecins illustres pour réaliser leur œuvre malgré des difficultés personnelles. Celui-ci a une santé très fragile, c'est Laënnec ; un autre doit souffrir des perfidies et des détractions provenant des jaloux, c'est Bichat, car

« la célébrité a son revers et le meilleur zèle au profit des hommes n'entraîne pas toujours leur gratitude » (p. 76) ;

celui-là ne rencontre dans son foyer qu'incompréhension et dureté, c'est Claude Bernard. Et malgré tous les ennuis privés ou publics, ces chercheurs et ces savants poursuivent leur tâche. Ils mourront, épuisés souvent par leur zèle, mais ils auront servi l'humanité en faisant progresser la médecine.

CONCLUSION

Ce bref aperçu de quelques ouvrages en vogue a désiré montrer combien volontiers on parle aujourd'hui des médecins et de leur art. Les jugements moraux portés dans ces travaux, sur des problèmes d'importance capitale, ne sont pas toujours à admettre sans réserve et sans critique. Il y a également un péril manifeste à trop vulgariser une science aussi subtile que la médecine et l'on comprend un peu que certains praticiens ignorent, en principe, toute cette littérature « paramédicale ». Ils lui reprochent de nuire à leur art en inculquant au lecteur, si pas de fausses doctrines, du moins des opinions trop superficielles. Il arrive qu'un médecin rencontre une certaine méfiance chez son patient, une hésitation à suivre le traitement indiqué, du simple fait qu'une lecture peu objective, ou mal comprise par le lecteur, aura donné des renseignements imprécis. Mais nous avons tenu à relever qu'il y a pourtant des valeurs dans cette littérature, et des valeurs qui soutiennent la cause médicale. Le docteur Salières estime que « les médecins ont toujours été plus ou moins bafoués par leurs contemporains » (*Écrivains contre médecins*, p. 11). Les textes cités plus haut auront vraisemblablement eu l'heur de montrer que, souvent aussi, les écrivains ont défendu le médecin, ont relevé tout l'aspect méritoire de son activité et les lourds sacrifices que lui impose sa mission lorsqu'elle est bien comprise. Le lecteur, doué de bon sens ou de perspicacité, saura découvrir

dans ces ouvrages ce qu'il faut retenir et ce qu'il faut abandonner à la trame du roman ou au développement de l'essai. Le lecteur trop hâtif dans ses jugements ne gagnera alors rien à pareille lecture, car il verra alors plutôt le côté faible du médecin, oubliant qu'aucune vie n'est complètement exempte de mesquinerie. Le médecin enfin va se rappeler qu'étant devenu la « pâture » d'une quantité de lecteurs avides de savoir les secrets de son art et de sa science, il devra d'autant plus se surveiller et faire preuve de droiture et de loyauté. En plus il se souviendra de ce que le docteur P. Baruk, médecin-chef de Charenton, écrivait il y a quelques années :

« Loin d'être un juge et un justicier, le médecin doit être à l'école de ses malades et savoir s'adapter sans cesse à la réalité. » 23

La littérature « paramédicale » souligne précisément comment un praticien sincère tient à demeurer à pareille école, et comment il souhaite s'adapter à chaque cas, sans étourdir de principes qui, dans sa science, ne seront jamais immuables.

Ainsi, sagement comprise, la littérature à laquelle nous avons fait allusion aura une fonction utile : celle de rendre plus amis patient et médecin, d'une amitié qui n'est pas de la familiarité ou de la naïveté, mais qui désire simplement créer un climat de confiance et de collaboration pour lutter contre la maladie. Et si la présence du prêtre est agréée dans ce groupe, tout concourra à aider le patient à combattre spirituellement et physiquement le mal qui le mine. A ce moment-là on pourra utiliser le vieil adage qui est à la base de toute saine théologie : « Aide-toi, le Ciel t'aidera. » Et les desseins du Ciel ce n'est ni au malade, ni au pasteur d'âme, ni au médecin de les sonder. Il faut redire à Dieu, avec Pascal 24 :

« Je ne sçai lequel m'est profitable de la santé ou de la maladie, du bien ou de la pauvreté, ny de toutes les choses du monde. C'est un discernement qui passe la force des hommes et des Anges, et qui est caché dans les secrets de vostre Providence que j'adore, et que je ne veux pas approfondir. »

23. Docteur H. BARUK, *Psychiatrie morale expérimentale, individuelle et sociale*. Paris, Presses universitaires de France, 1945 (Bibliothèque de Psychiatrie), p. 12.

24. Blaise PASCAL : *Prière pour demander à Dieu le bon usage des maladies*. Œuvres. Les Grands Écrivains de la France, publication L. BRUNSCHVIG, P. BOUTROUX, F. GAZIER, t. IX, p. 334. Paris, Hachette, 1914.

PROPOS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

LE GÉNIE ET LA FOLIE [†]

par

le docteur CAFFIAUX (Lille) *

Les principaux caractères de l'homme de génie semblent, croyons-nous, s'être dégagés au cours de cette tentative d'examen critique.

L'homme de génie nous est apparu comme un être jouissant d'une excellente santé physique et mentale. L'indice de longévité, l'un des plus objectifs, fait justice de bien des légendes. Évidemment, il ne suffit pas d'atteindre un âge avancé pour être considéré un génie mais la longévité est l'un des indices de la santé qui, ici, doit être intégrale et porter notamment sur le système nerveux.

Lombroso et Laschi, qui comptent parmi les auteurs les moins défavorables à la thèse d'un rapprochement entre le génie et la folie, écrivent d'autre part : « On a démontré par des chiffres que, en général, en Italie, là où sont les grandes intelligences, sont aussi les hautes statures (Florence, Naples, Lucques, Sienne, etc.) et les basses statures là où elles sont plus rares (Sassari, Grosseto, Lecce, etc.) ; et cela un peu à cause de la race mais beaucoup plus . . . parce que la stature élevée est l'indice le plus délicat de la salubrité du pays, tellement qu'elle disparaît même chez

[†] Cf. *Laval Médical*, 19 : 978 et 1111, (sept. et oct.) 1954.

* Chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille, France.

des races naturellement grandes, là où règnent la malaria et le goitre (Sondrio, Sassari).

La marécageuse Grosseto n'a donné aucun homme de génie ni de très grande taille et elle a fourni au contraire une série d'exemptions pour la taille presque double de Florence... La Sardaigne¹⁰² donne plus de basses statures et moins de génies que Livourne... »¹⁰³

« C'est de la région sans pluies... que sont parties les races conquérantes du monde antique : Tartares, Aryens, Sémites... elles envahirent des pays relativement humides et ayant un caractère commun, l'énergie, elles le perdirent... »

Au Pérou, dans la région sans pluies se trouvèrent les traces les plus remarquables d'une civilisation antérieure aux Incas. »¹⁰⁴

Quoiqu'il en soit, nous admettons que le climat influe sur la santé et par là favorise ou défavorise le génie.

Pour Lombroso, la montagne¹⁰⁵ lui est favorable, la plaine, défavorable et plus facile à soumettre à l'envahisseur (pour une raison double par conséquent). Ces auteurs font ici ressortir plus l'influence du climat que celle de la topographie (comme le feraient les sociologues), point de vue qui doit être aussi pris en considération,¹⁰⁶ et que Lombroso et Laschi mentionnent d'ailleurs à leur tour.

La géologie peut aussi jouer un rôle. Pour Lombroso et Laschi, plus le terrain est de formation récente et plus il est favorable au génie. Toutefois, les exemples proposés par les auteurs sont inégalement convaincants. Même les meilleurs de ces exemples : populations misérables de Calabre et de Sardaigne, au terrain primitif, ne sauraient faire

102. Les animaux importés y adoptent également une très petite taille en peu de générations.

Pourtant cette thèse mériterait des études complémentaires, plus analytiques.

103. Pour les mêmes raisons de climat, les auteurs expliquent par l'électricité et la sécheresse de New-York le grand nombre de névropathes, d'assassins politiques, les causes météoriques étant compliquées par les causes historiques et sociales. Celles-ci jouent aussi à Paris et viennent, avec le climat variable, augmenter encore la mutabilité spéciale à la race gauloise et la pousser aux révoltes.

104. Lombroso et Laschi ne nous parlent pas de la Grèce antique, du Japon moderne... Ils pensent tirer une preuve très exacte de ce qu'ils avancent de l'orographie des départements français (d'après Reclus) et de la distribution de la génialité pendant un siècle (d'après Jacoby)... En chinois, air chaud et humide serait synonyme de stupidité.

105. À l'exception de la haute montagne et de certaines vallées.

106. Là où les relations sont favorisées, des idées peuvent être échangées, des croisements de races peuvent s'opérer, les maladies peuvent s'échanger et se répandre...

appel exclusivement à ce facteur. La nature du sol a toutefois sur la santé une indiscutable influence possible : nature des éléments minéraux, radioactivité, etc. . . .¹⁰⁷

« Cependant, écrivent Lombroso et Laschi, en étudiant sur une grande échelle la distribution de la génialité en France par rapport aux terrains, on ne trouve de bien évident que ceci, savoir, que le minimum de génialité coïncide avec le maximum des terrains crétacés. »

Les mêmes auteurs insistent sur le rôle favorable de la fertilité du sol (et par suite, de la richesse), à condition toutefois qu'elle ne soit pas excessive.¹⁰⁸

Ils ont bien pressenti l'existence d'un rapport entre génie et santé et donc génie et mortalité mais l'utilisation exclusive de statistiques administratives, départementales répondait d'une part à un certain préjugé et constituait d'autre part une base qu'il n'eût fallu utiliser que comme terme de comparaison. Les auteurs devaient aboutir ici à une impasse et abandonner ce type d'indice.

Nous avons vu que les statistiques pouvaient avoir quelque valeur, ici comme ailleurs, toutefois, notre tentative a revêtu un caractère entièrement différent de ce que l'on observe chez ces auteurs.¹⁰⁹

Enfin, Lombroso et Laschi font état de l'alimentation, de la race. . .

Les difficultés d'origine sociale peuvent être un stimulant ou un frein selon les circonstances et les tempéraments, qu'il s'agisse de routine, de révolution, etc., ou même du passé historique, de l'enseignement¹¹⁰. . .

Mais la santé est la première condition du génie (ou, si l'on préfère : la sursanté). Et Montaigne y a songé : « Noz maistres ont tort dequoy, cherchant les causes des esclancements extraordinaires de nostre esprit, outre ce qu'ils en attribuent à un ravissement divin, à l'amour, à l'aspreté guerrière, à la poésie, au vin, ils n'en ont donné sa part à la Santé ; une santé bouillante, vigoureuse, pleine, oisive, telle qu'autrefois la verdeur des ans et la sécurité me la fournissent par venuës. Ce feu de gayeté

107. Différences entre les auvergnats de Segalas et de Caux et leur bétail.

108. La richesse a sur la santé la même influence.

109. Figurés sous forme de courbes les chiffres obtenus conduisent à une courbe de Gauss. Ceci peut être regardé comme un indice de la validité de la statistique et de ce qu'elle s'appuie sur un nombre de cas suffisant.

110. La nécessité de l'enseignement est évidente. Pourtant sa pédanterie, ses sophismes autoritaires, son corset orthopédique uniforme étouffent souvent le génie. (Notre enseignement ne lui est d'ailleurs pas destiné . . .)

suscite en l'esprit des eloisies vives et claires, oustre notre portée naturelle et entre les enthousiasmes les plus gaillards sinon les plus esperdus. Or bien ce n'est pas merveille si un contraire estat affesse mon esprit, le cloue et faict un effect contraire. »

— Sans doute, nous dira-t-on, sans doute parlez-vous du savant, peut-être du philosophe, mais l'artiste? le littérateur? Le romancier ne subit-il pas un véritable dédoublement de la personnalité? Le poète n'est-il pas schizothyme? pour ne pas dire plus? — Certes, nous y avons insisté, il est convenable de distinguer les divers types humains auxquels on attribue du génie, encore que cette distinction soit moins fondamentale qu'il ne semblerait. Il y a pluralité des modes de raisonnement et de recherche mais sa polyvalence même, tant de fois éclatante, tend à montrer l'unité du génie. ^{110 bis}

Psychopathie du romancier? Prenons l'œuvre de Balzac et voyons, non pas si elle ne reflète rien de morbide (Balzac est un clinicien de l'homme moyen, un pathologiste du « normal ») mais si elle suppose un dédoublement de l'auteur. De toute évidence, il n'en est rien ou du moins ce dédoublement (conscient) est un passage à travers tant d'humanités diverses que le terme convenable pour désigner un tel phénomène est proprement celui de curiosité, de tendance à l'humanisme et à l'universalité.

Voyons maintenant le poète. Il s'éloigne, dites-vous, du réel vécu, sombre dans le subjectif qui menace son équilibre psychique? Vous m'offrez des exemples significatifs : Baudelaire sans doute. Le dissocié, l'artificiel, le pervers, le fétichiste, que sais-je? Notre thèse semble balayée d'un revers de main...

Et pourtant ! Oublie-t-on Baudelaire critique? critique pictural, musical, littéraire, et grand critique? et ceci comporte équilibre, recherche d'une synthèse, spontanéité et lucidité, conscience. Ainsi ce poète, dominé, inconscient, aveugle, ce poète qui perdait pied, oublieux de notre monde, c'était un critique. Les illuminés, les naïfs, ce furent nous, troublés une fois de plus par les apparences les plus grossières. Le

^{110 bis}. Les « facultés » ont été trop disjointes l'une de l'autre et l'intellectualité même trop radicalement séparée de l'affectivité. On voit bien le lien par exemple sur le plan de l'attention que Bleuler apparente à l'affectivité.

Il s'agit moins de condamner l'une à l'avantage de l'autre que de les vouloir adaptées, harmonieuses, étendues et disciplinées.

critique surveillait et mesurait les élans du poète indompté, y introduisait doses et travail, ce travail que le vulgaire répugne à imaginer dans la poésie ¹¹¹, qui doit sortir toute armée comme Minerve, et que la culture déprécie à ses yeux, comme toute explication non mythique. ¹¹²

Baudelaire nourrit sa poésie de critique (picturale par exemple) et pour une bonne part, son génie. Nous trouvons ici encore, à la base, intégrité sensorielle ¹¹³ remarquable et puissance de cohésion ; sensibilité vive, associations riches, conscience lucide.

L'obsession de la psychologie géniale ne se fonderait-elle pas seulement par une méfiance, un refus, à l'égard du témoignage individuel, privé, original, unique ? L'individu, en tant que personne, doit s'aliéner pour devenir un fidèle reflet de l'homme majoritaire. Le rejet du mythe social, même purement intérieur, est crime ou folie. On aboutit à diviner la divagation grégaire pour elle-même et la réflexion individuelle est dès lors à elle seule un inadmissible attentat. La bête humaine ne doit pas s'interroger si elle veut rester la bête humaine. Pour éviter la « folie », l'individu doit « s'aliéner » ! Dans le génie, c'est déjà la personne qui est visée. ¹¹⁴

La vitalité géniale comporte comme une durable jeunesse et une estime de la vie. Léopold Levi rattache cela au fonctionnement normal du testicule. Jugement et concentration d'esprit lui sont dus, selon cet auteur qui écrit d'autre part : « Les vrais artistes présentent souvent une froideur de sentiments, une impressionnabilité, une ingénuité que j'ai notée dans le psychisme de « génial » dans mon livre *sur le tempérament et les glandes*. » Et Émile Faguet n'a-t-il pas écrit : « Le sens

111. Dans la peinture ou la sculpture, où le travail matériel est évident, le vulgaire le voit seul et apprécie selon le nombre supputé de coups de pinceau ou de marteau. (Que verrait-il d'autre et ne peut-il se juger ainsi moins éloigné de l'artiste ?)

112. ... ou quelque peu blessante. Le travail, ici, peut éloigner, si le travail matériel donne l'illusion de rapprocher.

113. Don de voir, sens wagnérien de la musique, richesse des sensations tactiles, gustatives et olfactives. Les drogues étaient-elles chez lui un sédatif, un outil contrôlé, un risque calculé ?

114. Comment s'étonner de la plus grande génialité des peuples où la personne est estimée et de la haine ainsi que du mépris (plus ou moins sincère) que nourrissent à leur égard les peuples dépersonnalisés, aux réactions animales et aux « idées universellement valables », mais pour qui toute culture est « pose » et artifice et l'« humain » le débraillé, qui ne peuvent distinguer le pédant de l'homme éduqué.

Ces derniers peuples ne peuvent surmonter la difficulté qu'est la nécessité de ne pas traiter de même qui doit être contenu et qui doit connaître l'expansion. À l'inverse des premiers, ils offrent la liberté aux instincts et la refusent à l'esprit.

artistique n'est pas autre chose, en son fond, que le sentiment vif de la vie. L'artiste est avant tout celui qui vit au dehors de lui, ou, bien plutôt, en qui les choses extérieures vivent, d'une vie ramassée et ardente. Pour être un artiste complet, il faut autre chose ; mais c'est là le fond. » 115

Voici le témoignage d'un poète :

Celui qui trouve est un cerveau qui communie
Avec la fourmillante et large humanité.
L'esprit plonge et s'enivre en pleine immensité 116
Il faut aimer, pour découvrir avec génie.

Une tendresse énorme emplit l'âpre savoir
Il exalte la force et la beauté des mondes
Il devine les liens et les causes profondes
Ô vous qui me lirez, dans les siècles, un soir,

Comprenez-vous pourquoi mon vers vous interpelle ?
C'est qu'en vos temps quelqu'un d'ardent aura trié
Du cœur de la nécessité même, le vrai,
Bloc clair, pour y dresser l'entente universelle. 117

VERHÆREN

Vie, vérité, intuition, sympathie, voici la génialité. Elle est pour Lombroso : mémoire, cerveau inépuisable, inaltérable, constance de l'attention et puissance de travail . . .

L'unité du génie se retrouve dans ces qualités éthiques. Du général de la science au particulier de l'art il est possible de trouver le terme auquel, en réalité, ils participent tous deux : le spécifique. Les variations de l'un à l'autre ne sont pas sans analogie avec un changement d'ordre de grandeur.

D'autre part, pour Rignano, le raisonnement est une forme pratique de l'imagination. La sensibilité élémentaire et adaptative en demeure la racine. 118

115. Ici encore : maximum de vie + maximum d'information.

116. . . . humanité et immensité auraient pu aussi bien être interchangeables.

117. Verhæren a le bonheur d'ignorer que le vrai est une des substances avec lesquelles l'humanité forge l'erreur.

118. D'où, une fois encore, l'importance de la santé neuro-musculo-sensorielle, d'un système nerveux central adapté et riche de connexions, sain, donc importance de la race et de l'éducation et aussi hygiène favorable et éventuellement influence des agents utilisés en médecine.

(L'expérience du chien au temporal sectionné montre-t-elle la voie d'une chirurgie à cet égard???)

Mais, « les névropathes sont communément stériles ». (Ch. MAURRAS.)

La passion s'y oppose, qui est révolte instinctive contre les contrôles de la raison, dérèglement d'un sentiment, retour à l'automatisme, défaut de coordination, d'adaptation ou inhibition pure.

L'attention, la vigilance vigoureuse du génie, lui permettent de tout voir. Le fou, le faux génie, le vulgaire, prennent au sérieux leurs fantaisies, se laissent surprendre par ce qu'ils croient voir¹¹⁹ (l'hallucination,¹²⁰ l'illusion, la « perception » servile de ce que la routine fait voir [faits inaperçus]). Pourtant la perception du détail n'est pas le génie, si elle masque l'ensemble. Le jugement intervient dans ce choix. Le génie est-il jugement sûr ? (avec les qualités morales que cela comporte : discrimination, refus de confondre et de transposer, même dans un but hédoniste). Il tend à dépasser l'hédonisme même en se dépersonnalisant de la passion pour atteindre une conscience plus large. (Quelle énergie cela suppose !)

L'illusion et l'hallucination sont caricatures et ébauches tératologiques de l'hypothèse scientifique ; la hâte paresseuse, la faiblesse d'un cortex insuffisamment évolué ou malade, s'en tiennent seulement aux premières apparences, incapables d'atteindre le niveau le plus élevé d'intégration.

Le vulgaire a l'expérience de la folie, non celle du génie ; parvenu au plan de l'action, il soupçonne parfois à peine celui de la conscience et de la pensée. Ayant plutôt l'expérience de la folie que celle du génie, il généralise à partir de son expérience propre, tout en cherchant plus ou moins inconsciemment à « faire la part du feu ».

Le génie est conscience. Ceci est vrai pour la science tout d'abord. Ce l'est aussi pour l'art si l'on veut bien y réfléchir.¹²¹

119. Le commun croit ce qu'il sait, le génie sait ce qu'il croit.

120. Erreur d'interprétation.

121. La réflexion serait le génie si de la sensibilité à l'entendement il y avait la seule différence de la conscience obscure à la conscience claire, comme le pensait Leibnitz, observe M. Pradines.

D'autre part, en ce qui concerne la simple perception esthétique, il a été dit que c'était en se dissociant, non en se dépassant, que la perception devenait esthétique, mais cette dissociation ou cette libération géniale séparerait le souvenir ou encore la conscience de l'adéquation, de la conscience de l'instant. Ici, il y aurait accroissement de conscience et naissance de la pensée.

Cependant la « mutation esthétique » des tendances adaptives de la perception ne constitue pas un plus grand déracinement mais une confrontation qui peut faciliter ou non une adaptation supérieure ou se cultiver pour elle-même. Le beau comme le

La passion se dissimule parfois derrière un simulacre de raison mais faire de la raison une passion? Peut-être la raison a-t-elle parfois besoin de se dissimuler, elle aussi...

Dans un monde qui n'est que probabilité, la pensée a pu apparaître comme un véritable délire d'interprétation. La génie consiste à asseoir cette pensée sur la base la plus large de probabilités et à voir en elle une approximation intéressante et une hypothèse de travail. La santé serait-elle dans une approximation plus grossière ou dans le refus de la vie?

Dans une situation donnée, la santé (qui est notion relative) consiste en une adaptation convenable, non à renoncer à cette adaptation ni même à la tenter médiocrement¹²². La nécessité crée l'ingéniosité, biologique ou logique, et c'est dans de sens que Rignano peut prétendre que le raisonnement¹²³ a un aspect dynamique, ajoutons réactionnel et d'origine (non de nature) affective.

Les situations données sont formées pour une bonne part de facteurs sociaux (ce ne sont pas les moins mouvants). Ces facteurs sollicitent l'adaptation, favorisent ou étouffent le génie selon les circonstances. Ces facteurs, même les plus généraux, comme le langage, sont des armes souvent à double tranchant. Le langage, par exemple, est bien un outil, une base de départ, mais il est indispensable de ne pas s'en tenir à ses approximations vagues et à ses fallacieuses évidences.

L'importance de la langue apparaît bien dans cette perspective et semble avoir été notée par beaucoup (allemands notamment peut-être) de ce point de vue ou d'un point de vue voisin. On peut y chercher aussi sans doute une explication de phénomènes différents au sein de populations variant par la langue et non par la race. (Les unes ayant conservé

vrai, sollicite le contemplatif et se plaît à différer l'action. Esthétique et pensée s'apparentent ici singulièrement.

Le terme de jugement se présente immédiatement à l'esprit.

— Ajoutons que le souvenir a par là lui-même, quelque valeur esthétique et que l'imagination est tri et confrontation de souvenirs en vue de choix.

122. Les phénomènes mentaux anormaux des psychoses, a-t-on dit, sont des reflets de la réalité objective, troublés et poussés par les troubles d'intégration qui sont eux-mêmes des phénomènes réels et objectifs. — Par suite la différence entre l'homme moyen et le fou est une question de degré.

123. Cette impression est plus forte encore en ce qui concerne la forme moins élaborée qu'est le jugement.

la langue ancestrale, les autres ayant tiré parti de la langue d'envahisseurs.) ^{123 bis} *Des Volkes Seele lebt in seiner Sprache*, écrit Goëthe.

Là réside un élément constitutif important de ce que l'on peut appeler le génie d'un peuple, caractérisé par l'ensemble des traits essentiels de sa culture et de sa civilisation. Le langage y est source et produit, pour une bonne part, de ses attitudes mentales.

Plus apte à l'expression qu'à l'euristique, on a pourtant mieux vu les services qu'il rendait que les difficultés qu'il créait. Une étape que l'humanité devra un jour franchir consistera sans aucun doute en un dépassement, en une élévation « par-delà le langage ». Les mathématiques ont montré ses insuffisances et constituent en quelque sorte une tentative de cet ordre. Rignano ajouterait qu'en l'absence d'un langage humain, les fourmis n'en sont pas moins capables d'une imagination vive et par là de raisonnements « galiléens » . . .

Dans une société faite pour le médiocre et qui va toujours en se hiérarchisant, en s'encasernant davantage ¹²⁴, aucune place n'est prévue pour l'homme fort ou pour le génie, ¹²⁵ mais parce qu'il détient une plus grande valeur humaine, ¹²⁶ nous ne devons pas le confondre avec celui qui est moins qu'un homme . . .

Le génie est-il asocial ? Il est suradapté. Le conformisme, base de toute société, n'est que la mise en œuvre de recettes inconnues dont l'origine et la portée sont perdues de vue. Le génie dépasse cet état de choses, distingue les valeurs, réintroduit la vie et la pensée, sépare les traditions vénérables que l'on tire des guenilles auxquelles on s'accroche . . .

Face aux « évidences », au délire collectifs, il doute puis corrige, serre la vérité de plus près tandis que le vulgaire prend au pied de la lettre ses approximations.

La vision debout, expliquée parce que la perception est déjà un degré de pensée synthétique, est une estimation approximative des

^{123 bis}. Il est rare d'ailleurs que la différence de langue soit exclusive de toutes les autres conséquences possibles de l'invasion . . .

¹²⁴. Et la civilisation industrialiste n'y contribue pas peu.

¹²⁵. La société, comme le polypier, est appui des faibles et prison des forts.

¹²⁶. Diogène le Sinopien, à qui l'on demandait s'il avait vu beaucoup d'hommes répondre : Non. À un autre qui lui demandait s'il y avait foule, il répondit : Oui.

informations venues de tous les points des sens. Elle est utile, nécessaire et représente une de ces synthèses dont on se défie en les nommant philosophiques. Les fausses perceptions s'expliquent de même. Telle est, avec l'identification en chaîne et la confusion verbale, l'« évidence » au nom de laquelle on peut appeler rêveur le penseur, quand on a « les pieds sur la terre ». L'homme étant la mesure de toutes choses ¹²⁷ (puisqu'il ne considère rien que relativement à lui) considérera aimablement deux groupes dans l'humanité : les bons et les méchants ¹²⁸ (par rapport à lui et qu'il s'agisse d'homme, d'animaux, de plantes, d'objets inanimés ou de phénomènes naturels), les fous et criminels (qui diffèrent de lui) et les gens sensés (les plus semblables ¹²⁹ à lui). La psychiatrie, statistique comme la médecine, comme la science, dans ses applications, ne peut s'associer à cette distinction en deux groupes : normaux et anormaux. Elle voit les transitions insensibles par lesquelles on passe d'un groupe à l'autre et comment (si l'on permet une image grossièrement schématique et didactique) l'on passe du sous-adapté (« fou ») à l'homme du commun, à l'adaptation plus ou moins précaire et limitée, puis au génie, précurseur peut-être d'un véritable *homo sapiens*, qui ne confond plus l'imaginaire et l'imaginé et chez qui l'adéquation permet même d'espérer la naissance d'une véritable pensée et d'une véritable logique.

Cette adéquation lui épargne la sotte vanité. ¹³⁰

Cette adéquation qu'il n'est pas de taille à reconnaître, le vulgaire ¹³¹ la recherche tout de même d'une certaine manière, chez le guérisseur, le radiesthésiste, l'acrobate, le calculateur prodige... C'est sous l'un de ces aspects qu'il se représente le génie : automate, hystérique, prestidigitateur... Et sous cet angle, on peut comprendre qu'il l'identifie au psychopathe.

127. Beaucoup te louent, disait-on à Antisthène. — Quel mal ai-je donc encore fait ? répondit-il.

128. Cette alternative, pourtant, se justifie, car on naît bon ou méchant.

129. On accusera le génie d'être asocial mais on appréciera l'esprit de parti. Les partis ne représentent-ils pas pourtant, très généralement, les intérêts antisociaux ?

Mais, il est vrai, ces intérêts, ces passions sordides sont intelligibles pour tout homme de parti alors que l'homme de génie est difficile à comprendre et se laisse bien des fois à son tour dérouter par les manifestations de la bêtise humaine.

130. Même l'orgueil, chez lui, ne saurait être que relatif.

131. ... et ce terme doit être pris en un sens extrêmement large.

Comment verrait-il, par exemple, en la dictinction d'ordres de grandeur un remède contre la systématisation abusive et contre la description, à perte de vue des faits réels?

Platon, qui fait naître les *maladies de l'âme* de nos dispositions corporelles aggravées des erreurs de l'éducation, en reconnaît deux sortes : la folie et l'ignorance. (*Timée*.)

Voilà le point de vue auquel la réflexion de l'homme cultivé et sain le conduit fatalement.¹³²

Synthèse et réflexion ; caractère global des plans d'observation (voyez Goethe) expliquent la volonté chez le grand homme, si le vouloir consiste bien dans la conscience des fins et moyens. La volonté parallèle à la raison ; un enfant peut découvrir par lui-même cette vérité. N'a-t-on pas dit que la volonté (non pas l'obstination) était un plan de vie auquel nous étions élevés par les fonctions : imagination, mémoire, jugement (et il conviendrait d'ajouter : la force qui leur est nécessaire), qu'elle n'était pas une fonction mais le tout de l'homme.

La complexité des problèmes étudiés nécessite souvent de différer l'action. L'état de tension¹³³ explique que l'on puisse parfois alors parler, avec Toulemonde, d'inquiets. Il n'y a là aucune incomptabilité avec l'aisance du travail et ce que Jean Giraudoux remarque chez Racine, peut s'écrire de plus d'un grand homme, qui domine son sujet plus qu'il n'en est dominé : « Les découvertes sur les hommes, Racine les dégage avec une distraction, avec un détachement de l'humanité aussi profond que celui du géomètre pour la vie courante et familiale des chiffres et des figures . . . »

Cette aisance fait parfois un grand tort au génie. Elle ne fait pas sérieux. Elle rappelle le jeu (qui, parfois, en tant qu'indice d'imagination notamment, a été signe précurseur du génie) en tant que puissance¹³⁴ de réaliser facilement ce que le travail effectue avec peine. Raison de

132. Ce sont ces traits de génie qui caractérisent le grand homme et peuvent lui faire pardonner quelques erreurs dues à l'état de la science contemporaine. Ces traits sont lumineux et paraissent dire des choses toutes simples et pourtant . . .

Quelle réflexion condensée dans cette phrase encore : « Le rythme remédie au défaut de mesure et de grâce du caractère de la plupart des hommes. » (*Timée*.)

133. Qu'elle soit psychologique ou sociale. (Le trait de génie tend à faire disparaître cet état.) On ne confondra évidemment pas tension et déséquilibre ! . . .

134. C'est encore une des caractéristiques de ce groupe d'activités, à rattacher surtout d'ailleurs au jeu-compensation.

plus pour attribuer les traits de génie au hasard ou nier leur portée. Ceci sera moins vrai pour les génies d'application, en réalité simples manœuvres de conversion de l'esprit en action. Moins inaccessibles, ils seront plus facilement appréciés.

Il est pourtant de l'irrationnel dans le génie, traduisant le courage de voir qui relève cet irrationnel dans la réalité, ou plutôt cet irrationalisme. On le rencontre, dans tout dépassement scientifique et à l'origine de toute nouvelle théorie.

En littérature, il est remarqué surtout dans le romantisme, mis en opposition avec le classicisme rationaliste. L'un observe la vie avec sympathie, d'une manière un peu panthéiste, à l'allemande, l'autre est expression du rationalisme français, appuyé sur le substantif, pivot de son langage et de sa pensée. Corneille, La Fontaine, illustrent et accentuent cette manière de voir.

Le génie romantique a le souci du global de l'unité du monde, du témoignage vécu. Il interprète quelquefois. (Le classicisme ne le fait-il pas?) Est-il morbide par essence? La sincérité, l'espoir (ou même le désespoir), les aspirations humaines, même mal définies, sont-ils, par essence, morbides ¹³⁵? L'homme est-il morbide, alors, qui ne peut borner ses préoccupations aux problèmes jugés résolus ou à la souprière fumante du sous-directeur Paulmann?

Était-ce folie que de dire : L'homme ne vit pas seulement de pain? On a parlé de folie divine. Faut-il prendre au sérieux une telle expression? La connaissance suprême est déclarée ivresse, hypnose, aliénation, fièvre ou trépas. Certains hommes de génie ont peut-être parfois, par pudeur ou ironie, ou par une sorte de pédantisme, laissé la porte ouverte à ces interprétations des faibles et des lâches pour qui la réalité profonde ne doit être ni recherchée ni regardée en face et dont les plaisirs même sont de la qualité la plus grossière.

Le chercheur et le sage seront peut-être toujours insultés, bafoués, proscrits, quand ils ne connaîtront pas le sort de Pythagore, de Socrate, de Chénier... Il leur faut encore les titres de héros et de martyrs... Discipline de pensée, maîtrise de soi, travail, courage intellectuel,

135. Morbide encore tout cadre qui ne serait pas tout conventionnellement romain, tout personnage concret et assez audacieux pour se présenter sans avoir enfilé une tige au vestiaire?

Comment verrait-il, par exemple, en la distinction d'ordres de grandeur un remède contre la systématisation abusive et contre la description, à perte de vue des faits réels ?

Platon, qui fait naître les *maladies de l'âme* de nos dispositions corporelles aggravées des erreurs de l'éducation, en reconnaît deux sortes : la folie et l'ignorance. (*Timée*.)

Voilà le point de vue auquel la réflexion de l'homme cultivé et sain le conduit fatalement. ¹³²

Synthèse et réflexion ; caractère global des plans d'observation (voyez Goethe) expliquent la volonté chez le grand homme, si le vouloir consiste bien dans la conscience des fins et moyens. La volonté parallèle à la raison ; un enfant peut découvrir par lui-même cette vérité. N'a-t-on pas dit que la volonté (non pas l'obstination) était un plan de vie auquel nous étions élevés par les fonctions : imagination, mémoire, jugement (et il conviendrait d'ajouter : la force qui leur est nécessaire), qu'elle n'était pas une fonction mais le tout de l'homme.

La complexité des problèmes étudiés nécessite souvent de différer l'action. L'état de tension ¹³³ explique que l'on puisse parfois alors parler, avec Toulemonde, d'inquiets. Il n'y a là aucune incomptabilité avec l'aisance du travail et ce que Jean Giraudoux remarque chez Racine, peut s'écrire de plus d'un grand homme, qui domine son sujet plus qu'il n'en est dominé : « Les découvertes sur les hommes, Racine les dégage avec une distraction, avec un détachement de l'humanité aussi profond que celui du géomètre pour la vie courante et familiale des chiffres et des figures . . . »

Cette aisance fait parfois un grand tort au génie. Elle ne fait pas sérieux. Elle rappelle le jeu (qui, parfois, en tant qu'indice d'imagination notamment, a été signe précurseur du génie) en tant que puissance ¹³⁴ de réaliser facilement ce que le travail effectue avec peine. Raison de

132. Ce sont ces traits de génie qui caractérisent le grand homme et peuvent lui faire pardonner quelques erreurs dues à l'état de la science contemporaine. Ces traits sont lumineux et paraissent dire des choses toutes simples et pourtant . . .

Quelle réflexion condensée dans cette phrase encore : « Le rythme remédie au défaut de mesure et de grâce du caractère de la plupart des hommes. » (*Timée*.)

133. Qu'elle soit psychologique ou sociale. (Le trait de génie tend à faire disparaître cet état.) On ne confondra évidemment pas tension et déséquilibre ! . . .

134. C'est encore une des caractéristiques de ce groupe d'activités, à rattacher surtout d'ailleurs au jeu-compensation.

plus pour attribuer les traits de génie au hasard ou nier leur portée. Ceci sera moins vrai pour les génies d'application, en réalité simples manœuvres de conversion de l'esprit en action. Moins inaccessibles, ils seront plus facilement appréciés.

Il est pourtant de l'irrationnel dans le génie, traduisant le courage de voir qui relève cet irrationnel dans la réalité, ou plutôt cet irrationalisme. On le rencontre, dans tout dépassement scientifique et à l'origine de toute nouvelle théorie.

En littérature, il est remarqué surtout dans le romantisme, mis en opposition avec le classicisme rationaliste. L'un observe la vie avec sympathie, d'une manière un peu panthéiste, à l'allemande, l'autre est expression du rationalisme français, appuyé sur le substantif, pivot de son langage et de sa pensée. Corneille, La Fontaine, illustrent et accentuent cette manière de voir.

Le génie romantique a le souci du global de l'unité du monde, du témoignage vécu. Il interprète quelquefois. (Le classicisme ne le fait-il pas?) Est-il morbide par essence? La sincérité, l'espoir (ou même le désespoir), les aspirations humaines, même mal définies, sont-ils, par essence, morbides¹³⁵? L'homme est-il morbide, alors, qui ne peut borner ses préoccupations aux problèmes jugés résolus ou à la soupière fumante du sous-directeur Paulmann?

Était-ce folie que de dire : L'homme ne vit pas seulement de pain? On a parlé de folie divine. Faut-il prendre au sérieux une telle expression? La connaissance suprême est déclarée ivresse, hypnose, aliénation, fièvre ou trépas. Certains hommes de génie ont peut-être parfois, par pudeur ou ironie, ou par une sorte de pédantisme, laissé la porte ouverte à ces interprétations des faibles et des lâches pour qui la réalité profonde ne doit être ni recherchée ni regardée en face et dont les plaisirs même sont de la qualité la plus grossière.

Le chercheur et le sage sont peut-être toujours insultés, bafoués, proscrits, quand ils ne connaîtront pas le sort de Pythagore, de Socrate, de Chénier... Il leur faut encore les titres de héros et de martyrs... Discipline de pensée, maîtrise de soi, travail, courage intellectuel,

135. Morbide encore tout cadre qui ne serait pas tout conventionnellement romain, tout personnage concret et assez audacieux pour se présenter sans avoir enfilé une toge au vestiaire?

honnêteté intellectuelle, sont la traduction en langage éthique de l'esprit objectif. (Le subjectif peut lui aussi être traité avec objectivité.)

Folie, le risque? Qu'importe le sort d'Eli Fröbom (*Les mines de Falun*) aux éclaireurs de l'humanité? Pourquoi la vie ne pourrait-elle n'être jugée digne d'être vécue qu'à certaines conditions?

On concédera toutefois que la pensée féconde peut être plus vite rapprochée de la pensée manquée, anormale, que de l'anidémisme . . . ou de l'ébauche de pensée si timide qu'elle ne s'aventure pas même jusqu'au délire qu'elle préfigure et se contente de l'erreur commune, si salutaire.¹³⁶

Mais le génie est conscience (bris de l'automatisme), il est pensée (trionphant du comportement associatif), il est liberté (trionphant du déterminisme artificiel).

L'épanouissement des fruits de la maîtrise du contrôle volontaire ne peut se confondre avec le relâchement de la tension de l'appareil régulateur psychique libérant l'activité automatique des centres psychosensoriels.

Et cette incompatibilité (évidente d'elle-même, déjà, semble-t-il) trouve partout des preuves nouvelles. Citons seulement, si l'on y ajoute crédit, les expériences de Pavlov qui obtient bien des troubles mentaux expérimentaux chez le chien faible ou « colérique » (très excitable, instable) mais jamais chez le chien type fort (à inhibition et excitation équilibrées).^{137 et 137 bis}

136. L'égalitarisme tend à de tels points de vue. Dire que la philosophie est folie parce que des philosophies particulières ne renferment pas toute la vérité, serait analogue.

— Si les hommes naissent égaux, le nombre seul intervient et le nombre souverain ne peut admettre le génie sans nier le principe auquel il doit tout. Un homme-valeur en soi choque et inquiète l'égalitarisme étatiste tel que nous pouvons en connaître et qui avoue d'ailleurs procéder d'une impuissance à déterminer une nouvelle échelle de valeurs et ses critères pratiques.

— L'erreur commune est le salut des faibles et le carcan des forts.

137. Ces troubles mentaux sont obtenus par l'impossibilité pour le sujet d'avoir une réponse adéquate à un stimulus donné. (Rappelons une fois de plus que le génie ne saurait consister en l'impossibilité d'une réponse adéquate.) Quant à l'association de l'adéquation, de l'adaptation optima avec quelque monstruosité, on a vu que l'hypothèse en était plus que gratuite. Pourquoi l'esprit, pour réussir, devrait-il être informé ou dystrophique? refléter et trahir la réalité et ne la refléter qu'en la trahissant? Il la reflète d'autant plus qu'il la traduit moins! Les frères siamois, les cul-de-jatte, les aveugles ou les cancéreux excellent-ils mieux à la barre fixe que les sujets bien constitués?

Si la vérité n'est que le compromis entre une infinité de choses, le génie, qui l'ap-
proche, est bien le mieux équilibré.

137 bis. La castration du chien facilite l'obtention de la névrose. (PAVLOV.)

N'injurions donc plus le génie que l'utilitarisme interdit de tuer. Il est difficile d'en faire la plus haute valeur et simultanément une monstruosité. Revisons notre échelle des valeurs et renonçons plutôt à quelques grossiers sophismes dont nous avons trop longtemps vécu. Si un bon génie nous enseigne à nous dominer, à nous observer, à éviter l'abandon ou l'oubli, à regarder objectivement le monde. S'il souffle sur les vanités, les apparences, ne lui en tenons pas rigueur. Nous avons tant besoin de lui et d'oreilles pour l'entendre, aujourd'hui peut-être plus qu'hier... et moins encore que demain... Loin d'un égalitarisme haineux, négateur (qui va jusqu'à déclarer la mort seule chose « juste » car atteignant tout le monde [la méritant ou non]), légitimé par une échelle des valeurs ridicule et odieuse, il faut apprendre à « comprendre » (avec ce que cela comporte de sympathie et de synthèse), à *verstehen*, à se placer autour d'une chose, effort salubre, tragiquement nécessaire.¹³⁸

Hélas ! Toute comparaison abstraite retombe dans le vulgaire sous forme de concrétisations nouvelles, absurdes mais difficiles à déraciner et si le trait de génie est exempt de folie, on sait bien y introduire, après coup, cet ingrédient par l'usage que l'on en fait. Combien de vies humaines sacrifiées pour un antique jeu de mots recondensé sous forme concrète, incompréhensible peut-être mais d'autant moins discutée !

La faiblesse et la rigidité de l'esprit se reposent sur de telles formules. Le génie se caractérise par la vigueur et la plasticité, comme la jeunesse. C'est ce que Tite-Live admire en Caton : « Il avait l'esprit si enclin à se plier également à tout que, quoi que ce fut qu'il entreprit, on eût dit qu'il était uniquement né pour cela. » (— Né pour cela, car, dit Montaigne : « Les inclinations naturelles s'aident et fortifient par institution ; mais ne se changent guère et surmontent. »)¹³⁹ Montaigne écrit dans le même esprit : « Nostre principale suffisance c'est de sçavoir s'appliquer à divers usages. C'est estre mais ce n'est pas vivre que se tenir attaché

138. « Notre vérité de maintenant ce n'est pas ce qui est mais ce qui se persuade à autrui. »

« Le premier trait de la corruption des mœurs, c'est le bannissement de la vérité. »
« Aux Français, le mentir et se parjurer n'est pas vice mais une façon de parler. Qui voudrait enchérir sur ce témoignage il pourrait dire que ce leur est à présent vertu. » (MONTAIGNE.)

139. On n'insiste généralement pas assez sur les facteurs innés. L'objectivité même de l'esprit est plus souvent innée qu'acquise. La culture ne fait qu'aider au développement d'un germe lorsque celui-ci préexistait.

et obligé par nécessité à un seul train. Les plus belles âmes sont celles qui ont plus de variété et de souplesse. » A l'égard de cette vitalité, Montaigne observe bien l'unité psycho-somatique de l'homme : « L'homme marche entier vers son croist et vers son décroist. » De fait, le génie est précoce. L'âge peut accroître l'érudition, l'autorité, peut permettre la moisson, il n'accroît pas le génie.¹⁴⁰

Le génie des peuples n'est pas sans analogies, naturellement, avec celui des grands hommes qui en font partie. Ce génie des peuples semble évoluer lui aussi dans une phase d'accroissement puis une phase de sénescence. (Quoiqu'il faille se garder de bien des apparences.)

Nous ne saurions trop insister sur la distinction qui s'impose entre le génie scientifique et le, généralement faux, génie politique. Nous avons vu que l'épilepsie¹⁴¹, l'hystérie, etc., étaient assez fréquentes chez ces derniers, certains présentent des troubles particulièrement accentués, tel Cromwell.

Le monstre d'égoïsme envahissant que fut Napoléon était un type, semble-t-il, de génie d'occasion. Il eut du génie la puissance de travail, assez habituelle au grand homme, il se sentit comme « étranger », déraciné, les mains très libres, mais il renia chacune de ses convictions. Son œuvre fut le contrepied, la négation de sa pensée. Face à semblable échec, il ne lui resta plus qu'à servir un aventurier : Napoléon.

On peut aussi distinguer le génie introspectif ou rétrospectif¹⁴² du poète et le génie prospectif du savant. Mais on ne confondra évidemment pas le premier avec la régression du rêve ou du délire.

Quoi qu'il en soit, on a eu sans doute raison d'écrire qu'une génération ne pouvait juger avec certitude de la fausseté d'une idée. Quoi qu'il en soit, encore, la distinction entre névrose et génie semble maintenant surabondamment démontrée. Si l'on voit dans la névrose une inadaptation à la vie sociale, il faut voir dans le génie une inadaptation

140. Voyez encore le détachement de Montaigne et son jugement sur les loisirs « quibus vivere est cogitare » : « ... combien vaut le plaisir, le jeu et le passe-temps. A peine que je ne die toute autre fin estre ridicule. »

141. Épilepsie politique dont Lombroso et Laschi citent de nombreux cas. (Mahomet en particulier.)

Hémiplégie des chefs communistes en fin de carrière...

142. Le goût du passé n'est déjà possible qu'avec l'apparition d'une conscience réfléchie et la connaissance du moi comme personne. Il y a là association des idées, puis jugement et raison.

de la société. (Si l'on veut développer le sentiment social comme prophylaxie de la névrose, en fera-t-on également une prophylaxie du génie?)

Si, dans l'hystérie, la conscience s'est rétrécie, en faisant une maladie de la synthèse personnelle, dans le génie vrai, c'est exactement l'inverse que l'on observe.¹⁴³

Souvent, le génie consistera à résister à l'entraînement d'une névrose de groupe. Le génie, dans ces cas, est particulièrement en danger. On connaît la haine du névrosé pour ce qui n'est pas lui.

Le génie se distingue aisément du crime vrai si l'on fait de celui-ci, avec Adler, une exhibition de sentiments de supériorité, car la supériorité effective et l'exhibition de sentiments de supériorité, ne sauraient se confondre.

Le génie nous est apparu comme une forme supérieure de la santé. Les cas où le génie apparaît dans une famille donnant des signes de dégénérescence n'ont pas paru assez nombreux pour nécessiter impérieusement une hypothèse explicative, telle que celle de la mutation au sens propre qui n'a raison de survenir que lorsque la majorité succombe par suite de l'inadaptation et le vieillissement. Admettre le rôle des croisements de races, agissant sur le plan biologique et non pas culturel, dans la production du génie, serait à rapprocher de semblable hypothèse.

Cette santé intellectuelle, physique et morale peut et devrait être diagnostiquée précocement par des personnes compétentes, tout de même que la maladie, somatique ou mentale.¹⁴⁴

Quelques cas de syndrome aparnétique relevés chez quelques grands hommes tuberculeux ne sauraient modifier ce point de vue et établir que

143. La condensation du dément s'oppose à la conscience discriminatoire et reconstitutive du génie, etc.

144. 50% des malades mentaux peuvent être diagnostiqués aisément dès le séjour à l'école par des personnes d'une compétence toute superficielle. Voilà ce qui résulterait de recherches américaines.

(L'absence d'une véritable médecine sociale, comportant en premier chef une psychiatrie sociale, laisse pêle-mêle enfants normaux, pervers et psychopathes de toute nature.)

[Nous touchons ici à l'un des plus graves problèmes de l'éducation. Un autre, aussi grave, procède du préjugé selon lequel un peu d'« instruction » à tous a du moins autant d'importance que la formation d'un génie, préjugé d'autant plus pernicieux que l'enseignement français est plus étroitement conçu en fonction des fins d'ordre politique.

— Le duel du fond et de la forme est un autre problème que l'on a pu réussir à rendre grave.]

la tuberculose ou même la volonté de puissance, suffise à déterminer le génie. 144 bis

La théorie de Pavlov, tendant à faire du réflexe conditionnel le principe d'acquisition de toute connaissance peut, elle, très bien cadrer avec le point de vue qui se dégage de nos investigations.

Enfin, si l'homme de génie est *mens sana in corpore sano*, son œuvre peut être marquée cependant par son tempérament, bien que cette spécialisation ne soit peut-être pas le signe des plus grands génies et puisse être présentée un peu comme une impureté : type extraverti pensant, introverti de sensation . . . 145

Certaines recherches introduiraient même la notion d'un véritable tempérament génial, au moins dans le sens d'une inaptitude aux troubles mentaux 146 et surtout perceptible dans le génie intellectuel ou réellement polyvalent. Cet équilibre dans la force assure l'éloignement des erreurs extrêmes, à égale distance du sommeil et des convulsions, car les extrêmes, les oppositions s'apparentent. 147

Cet état de choses est singulièrement facilité chez les membres de cette *freischwebende Intelligenz* seule apte à tenter, selon Mannheim, une œuvre de synthèse, couronnant un travail de philosophie perspectiviste, écrivions-nous dans un précédent article.

Nous sortons ici de la vitalité, des dons innés, pour ne considérer que l'apport favorable de l'éducation, de la polyculture, d'une ascèse de déraciné ayant désappris à ne « goûter que selon l'ordonnance de sa coutume et de l'usage de son village 148 . . . » (MONTAIGNE). Ce sont

144 bis. Rorschach, par exemple, tend à de tels diagnostics, de même qu'il distingue soigneusement le praticien, reproductif du théoricien, productif.

145. Extraverti pensant (chirurgien, ingénieur) qui manie tout comme des objets, à la rudesse choquante, aux pensées destructives quand elles n'ont pas affaire à des objets. — Type introverti de sensation de l'artiste, etc. . . . Mais ces types sont avant tout des attitudes.

146. La névrose en tant que sensibilisation émotive est moins inconcevable chez le grand artiste que chez le grand savant.

147. La vérité, qui domine de haut ces oppositions stériles, ne doit pas toutefois être confondue avec la moyenne des erreurs opposées.

148. C'est la double compréhension, que présente notre définition du mot comprendre : « Comprendre, c'est voir l'unité dans la multiplicité par une activité analytico-synthétique (définition par rapport à l'objet). C'est encore se mettre à la place d'autrui pour voir les choses sous le même angle que lui (définition par rapport au sujet). »

— Dom Caffiaux (1712-1777) était-il déjà perspectiviste lorsqu'il écrivait : « Toute la Science ne consiste qu'à nous connaître nous-même, à connaître les objets qui nous environnent, à connaître la relation qui est entre ces objets et nous. » ?

là facteurs favorisant ou facteurs de mise en évidence. C'est dans ce sens que l'on a parlé de la supériorité de l'enfant unique ou du premier-né¹⁴⁹. Mais cette dernière affirmation repose sur l'action globale de tant de facteurs complexes, est confirmée et infirmée par tant d'exemples divers, qu'elle passe au second plan, après les données innées. (Dont la première, insistons-y, est une intégrité particulière de l'anatomo-physiologie du système nerveux assurant perception et synthèse car, comme l'écrit Kohler,¹⁵⁰ la perception ne peut s'élaborer qu'au niveau cérébral ou viennent converger les excitations en provenance de tous les organes sensoriels.)

A l'opposé de ce maximum d'intégration, toute psychose, déclare Simpson, a également une composante somatique qui reste au-dessous du seuil de la conscience mais influence l'état neuro-psychique.

Dans la santé mentale, il y a prédominance des fonctions corticales conscientes et inhibitrices, opposées aux fonctions plus anciennes, affectives, autonomes, avec leur cortège de suggestibilité et d'instabilité émotive.

Cette santé, nous l'avons dit, a une valeur éthique. Pavlov, par exemple,¹⁵¹ nous est dépeint comme doué « d'une colossale vitalité, d'une honnêteté absolue et d'un grand courage... ». Le grand homme véritable est un homme fort, aux tensions dominées souverainement par la réflexion inhibitrice.¹⁵² Cette maîtrise l'élève très haut au-dessus d'obstacles infranchissables pour d'autres.

La démesure elle-même n'apparaît pas chez le grand homme comme aliénation mais comme risque calculé d'un génie intuitif.

149. Celui-ci subit une éducation maternelle faite de plus d'anxiété, de sévérité, de formalisme. Il est donc plus tourmenté, plus sensible, plus inhibé mais plus dépendant... L'action est à la fois favorisante et défavorisante.

Si l'enfant est inférieur à la normale, l'action sera également favorisante (sur la névrose) et défavorisante (encadrement...).

Il est inutile d'insister sur l'action de la psychologie parentale, susceptible d'influencer davantage les enfants peu nombreux, abstraction faite de leur position ordinale, (influence familiale pure et simple), sur la possibilité relativement plus grande d'assurer à des enfants plus nombreux des jouets, des livres...

150. KOHLER. *Ueber Aufbau und Wandlungen der Wahrnehmungswelt* in : *Österreichische Akademie des Wissenschaften*, 1951.

151. De combien n'a-t-on pas dit que ce qui frappait surtout était leur extraordinaire puissance de travail, capable de compenser le risque de dispersion que ferait naître chez l'homme moyen un égal appétit de tout connaître et de tout tenter.

152. Si l'on peut employer le même terme d'inhibition pour désigner l'inexcitabilité d'un autre et l'intervention de la volonté (ou de toute autre cause) qui suspend la réaction motrice alors que l'excitation s'est produite bel et bien.

Le vulgaire fait volontiers de l'audace une folie, de la conscience d'un risque une peur. C'est faire la part belle à l'inconscience et à la lâcheté qui jouent, il est vrai, un si grand rôle dans tant de vies humaines.

Mais la pensée ne doit pas être regardée comme la suprême folie ni la sagesse ramenée à une prudence conformiste d'épicier. (Là, certes, il n'est guère d'aventure intellectuelle.)

... Et, par quelque côté qu'on l'envisage, ce que l'on note de plus général dans le génie, de plus constant et fondamental, c'est la conscience.

C'est elle qui surmonte le risque de névrose, elle qui se défie des mots et de leur « logique » et tautologie vague, qui rejette la croyance à l'homogénéité du langage (même valeur¹⁵³ accordée à tous les mots), apparence à laquelle tant de bons esprits se laissent si souvent surprendre¹⁵⁴.

C'est elle encore qui situe le débat bien au-dessus du simple exhibitionnisme auquel on voudrait ramener la littérature, la peinture et la sculpture. (Ce sont là modes d'expression, supérieurs, durables sans doute, mais expression tout de même, essentiellement. Entend-on que l'expression soit exhibitionnisme? Même en prenant ce dernier terme en un sens si étendu qu'il risque de voir profondément altérer sa signification, cette assimilation est difficile à admettre¹⁵⁵, impossible à admettre et équivaldrait à faire de la vie sociale un exhibitionnisme. Avouons qu'alors celui-ci aurait perdu tout caractère pathologique.)

153. Toujours cette égalité, base des mathématiques mais que rejette absolument le domaine des « observables ».

154. Voyez les définitions tautologiques de notions telle que celle de probabilité par exemple.

155. Lorsqu'un fugitif supplie : « Cachez-moi », il y a bien expression mais non exhibitionnisme. — Mais, dira-t-on, il ne peint pas un tableau pour exprimer son besoin. — « J'ai chaud » peut être un thème artistique ou littéraire. Dira-t-on qu'il y a quelque chose de théâtral dans les modes d'expression en question? Nous répondrons que ce théâtral fait partie de la constitution humaine et qu'il se retrouve beaucoup dans les psychopathies et fort peu dans le génie, orienté vers l'intérieur ou soucieux de problèmes abstraits. (L'écrivain qui déclare tout artiste un gladiateur qui amuse le public avec ses agonies, est un désabusé ou un demi-comédien prêt à faire commerce de tout. On ne peint pas d'ailleurs que ses agonies et lorsqu'on le fait, il est souhaitable que ce ne soit pas avec le but d'« amuser » le public. Il y a des œuvres qui ne sont pas publiées ou qui le sont sans y avoir été initialement destinées. D'autres recherchent autre chose de la part du public que l'obole ou la satisfaction de l'avoir distrait.)

En tout état de cause, il y a le génie silencieux et le prétentieux sans génie. Si l'on tient à l'exhibitionnisme dans le génie, au moins y a-t-il chez lui exhibitionnisme de quelque chose.

C'est elle qui caractérise le degré évolutif de la vie de relation et engendre l'espérance d'un peu de lumière au sein de la nuit de l'erreur.¹⁵⁶

Nous avons vu que le poète (même les plus admirateurs du « dionysiaque »), étaient pleinement conscients. (Débordement de vie n'exclut pas conscience même si celle-ci s'applique à décrire ou étudier les manifestations de cette vitalité¹⁵⁷ même.)

Si l'on hésite encore à l'affirmer, que l'on veuille bien prendre en considération un témoignage comme celui de Goethe.

Voici ce qu'il écrit à l'âge de 82 ans, à l'achèvement du *Second Faust*, à Guillaume von Humboldt :

« . . . Si vous vous donnez pour des poètes, et bien, commandez donc la poésie. Et grâce à une évolution psychique qui mérite peut-être d'être étudiée, je crois m'être haussé à un mode de production permettant dans un état de pleine conscience des choses que j'approuve aujourd'hui encore sans que je sois d'ailleurs capable de jamais plus nager dans le même fleuve¹⁵⁸ — des choses qu'Aristote et autres *prosaïste* de son espèce attribuaient à une sorte de délire. »

Si l'on accuse la conscience de polariser, de fragmenter l'unité, la conscience qui cherche à tout explorer, qui s'exerce dans toutes ses possibilités, apparaît comme prophylaxie de la folie.

L'esprit faible, fragmentaire, morbide ne reconnaît ni la valeur ni même la possibilité d'un semblable humanisme. La conscience, degré supérieur d'adaptation et de vie de relation, se présente de manière extrêmement variable selon les individus : race, sélection, santé, éducation . . . jouent ici un rôle. L'inégalité fondamentale de l'asynchronisme des stades évolutifs chez des individus contemporains est la consé-

156. O glücklich, wer noch hoffen kann
Aus diesem Meer des Irrtums aufzutauchen !
(Goethe, *Faust*)

157. Quant au titanisme, aspiration tumultueuse à l'infini, il devient sous le contrôle du génie un risque calculé.

158. Goethe perçoit tous les changements imposés par le temps à son génie. Il parle aussi de manière intéressante de sa puissance de productivité. Voyez ses confidences à Eckermann : « . . . Je ne pense pas, même en ma vieillesse me plaindre de ma productivité. Mais ce qui dans mes jeunes années me réussissait chaque jour et dans n'importe quelles circonstances, ne me réussit plus maintenant que par intervalles et dans des conditions favorables . . . Je ne puis travailler qu'aux premières heures du jour, quand je me sens rafraîchi et fortifié par le sommeil et que les niaiseries de la vie quotidienne ne m'ont pas encore troublé . . . »

quence de cette diversité et le génie apparaît toujours comme à demi enlisé au sein des masses d'une humanité inférieure, encore très bestiale.

Le génie s'épouvante de cette dysharmonie qui rassure le vulgaire. Pour ce dernier, le type engloutit la personnalité. L'ennemi c'est la personne, l'homme, surtout le grand. La monomanie prime.

Le geste stéréotypé est surestimé par rapport à l'athlétisme de l'esprit. C'est pourtant ce dernier seul qui pourra construire une sociatrie dont les moyens apparaissent avec moins d'évidence que d'urgence.

C'est dans cet esprit que nous avons insisté déjà sur la nécessité pour une culture réellement humaine, d'exercer la vertu de connaissance sous plusieurs de ses formes, de ne pas se limiter au niveau accessible au plus médiocre et d'éviter la confusion des titres universitaires, de corriger les tendances « utilitaristes » parfois excessives de la pédagogie moderne et qui apparaissent si bien dans l'« industrialisme. » Au-dessus des spécialisations, ¹⁵⁹ de celles où l'arbre cache la forêt, un nouvel humanisme doit être admis et respecté. Le désespoir pourrait un jour en faire percevoir la nécessité. La nécessité, il est vrai, ne laisse plus poser la question préalable de la possibilité, mais elle met sa coquetterie à n'apparaître que dans les circonstances qui semblent les plus défavorables à ses créations.

Cet humanisme exige effort et amour ou du moins sympathie. Il n'est donc sans doute accessible qu'au petit nombre dont pourrait venir le salut. ¹⁶⁰

(Cette attitude est de nature à réhabiliter, face à l'œuvre de réel premier plan, la critique littéraire ou scientifique. Que l'on compare si l'on en veut un exemple, le rôle enrichissant de la critique érudite du *Second Faust* de Goethe à son interprétation psychiatrique. Dans un tel cas, cette dernière ne peut se présenter que comme un rameau, assez

159. Le mot *Teilmensch* dépeint bien le « spécialiste » par défaut.

160. « Auf strenges Ordnen, raschen Fleiss
Erfolgt der allerschönste Preis ;
Dass sich das grösste Werk vollende,
Genügt ein Gest für tausend Hände. »
(GOETHE)

modeste, de la première. Isolé d'elle, il court les plus grands périls et risque de voir le délire là où ne règne que souveraine maîtrise.¹⁶¹)

A l'antipode du génie, trône l'homme partiel, amputé, névrosé (maladroit et lâche dans son recul devant l'obstacle) . . . Mais ses caricatures sont la « science » sans sève qui croît sans *savoir* (science sans conscience) et cette autre forme de pédantisme qui réussit à ne s'alimenter d'aucune ébauche d'information, d'analyse ou de science, qui fleurit au siècle de la radiesthésie, forme nouvelle du pithiatisme endémique.

Dans le premier cas : des matériaux épars sans l'étincelle de la pensée. (Encore ces matériaux sont-ils en petit nombre car les facultés intellectuelles sont solidaires et le manque d'organisation freine l'acquisition.) Dans le second : l'érudition stérile fait elle-même défaut. Les matériaux rejetés, il ne brûle que la flamme d'un orgueil morbide. Celui qui n'est rien, et ne sait rien veut créer de rien. Qui donc lui reprocherait de chercher à tirer parti de son capital ?¹⁶²

Loin de ces aridités désertiques, de ces vies moins qu'humaines, la vitalité, l'attention à la vie, donnent au génie une apparence de titanisme, de ce titanisme qui, en développant ses dernières conséquences logiques, aboutit à la négation de la magie surnaturelle au profit de la magie naturelle. Son étude est amour.

Ce génie, la société le supporte à la façon de l'épingle dont le collectionneur soutient et crucifie l'insecte.

Le vulgaire tend à confondre l'inhibition corticale inadaptée¹⁶³ de la psychose et de la névrose avec l'inhibition volontaire, au jeu souple et adapté, de la pensée, à confondre l'impuissance et l'avortement de la pensée avec son plein épanouissement, à confondre l'état hypnoïde avec la conscience claire, l'inhibition de la pensée ou ses courts-circuits avec l'inhibition ou plutôt la réglementation de la motricité.

Le génie est véritablement personne, par sa mémoire intellectuelle, qui lui livre l'usage du passé et du temps, par la présence et la

161. On citerait l'œuvre toute entière, œuvre de peintre, de dramaturge et de poète, profond traité de psychologie . . . reflet du génie universel de l'auteur, maître ès toutes activités humaines, excellent en toutes sciences d'observation : géologie et politique, représentation et psychologie . . .

162. Une étude clinique complète de la radiesthésie ne saurait trouver place ici. L'occasion se présentera de revenir sur cette question.

163. . . . partielle et déséquilibrée.

volonté qui travaillent sur les images avec un particulier bonheur, personnalisant sans cesse la mémoire. La conscience, activité d'organisation, se retrouve ici sous sa forme la plus complète et la plus personnelle.

Le génie apparaît, de ce point de vue, comme la synthèse qui a réussi à ne rien laisser échapper de l'expérience passée et à faire à toute expérience une place appropriée dans le tout. ^{163 bis}

Plus l'activité synthétique de l'esprit laisse s'écouler de faits hors de ses filets, plus ses systèmes sont délirants, plus elle s'identifie à celle de l'aliéné ou du médiocre. Plus l'activité synthétique est forte, reconstituant l'édifice pour ne renoncer à aucun élément, plus nous approchons du génie. On pressent ce qu'il y a dans cette attitude d'intellectuel à la fois et de moral. La faiblesse de l'attention, l'absence de discipline intellectuelle sont une grave maladie pour un individu, pour une famille et pour un peuple. L'intégrité neuro-sensorielle et la vitalité du génie permettent son intérêt intellectuel et l'aisance du jeu ou du travail organisateurs. ¹⁶⁴

L'une des conséquences les plus immédiatement pratiques de ce qui précède consiste à remettre en mémoire l'inanité de l'appel à l'incompétence (auquel nous assistons quotidiennement, en politique, en médecine, etc.) et, d'autre part, la fausseté de la formule : vous êtes ceci (médecin, par exemple, comme Schiller) vous n'êtes pas cela (littérateur, par exemple), lorsqu'il s'agit d'un homme supérieur. ¹⁶⁵

Encore faut-il admettre l'existence de l'homme supérieur . . . Dans ce monde où rien n'est que probabilité, les passagers de la nef des fous sauront-ils choisir leurs guides ? La mutation qui le rendra possible sera très onéreuse pour l'humanité.

Pour le moment, le fusilleur de Potain a toujours la parole. (On sait qu'un condamné de la commune eût la vie sauve pour avoir fait un

^{163 bis}. La force est loin d'exclure la coordination.

¹⁶⁴. La volonté, conscience des fins et moyens, est une personnification de cette fonction de réglementation. Elle trouve son accomplissement et son dénouement par une levée de l'inhibition motrice provisoirement nécessaire, qui lui a été indispensable mais qu'elle doit pouvoir lever. (Le frein doit pouvoir se desserrer.)

C'est à juste titre que l'on a pu dire de telle personne : son génie, c'était sa volonté.

¹⁶⁵. Si les sujets physiologiquement capables de survivre aux plus hautes altitudes sont numériquement de l'ordre de 1 ou 2 pour un million d'individus, ceux capables d'atteindre les plus hauts sommets du génie sont-ils plus nombreux ! . . .

ictère émotif au moment où il était mis en joue. Voilà bien l'activité rationnelle humaine. Il est permis de penser que les motifs qui avaient fait décider la mort du semblable étaient aussi fondés que celui qui lui sauva la vie.)

L'affectivité dans ce qu'elle comporte de plus grossier se fait heureusement (!) plus d'une fois baptiser *sapience*. Ces mêmes hommes appelleront délire l'activité géniale, ; délire, fut-il divin, qu'ont nié tant épicuriens que stoïciens (à la pensée d'ailleurs si voisine ¹⁶⁶).

CONCLUSIONS

I. L'esprit humain apparaît comme une donnée *une*, difficilement décomposable en facultés indépendantes. Il apparaît comme étroitement lié à la santé somatique et à l'intégrité neuro-sensorielle ainsi qu'au dynamisme vital ¹⁶⁷ et à l'harmonie endocrinienne.

II. Son parfait fonctionnement, sur tous les plans, caractérise le génie. Son mauvais fonctionnement engendre les tares psychiques plus ou moins accentuées qui peuvent être assez profondes pour situer l'individu atteint au-dessous du niveau mental moyen des masses, que la tare s'avère diffuse ou liée à une partie du champ de conscience normal. ¹⁶⁸

III. La conscience psychologique claire est le phénomène qui traduit et caractérise le mieux le seuil d'activité psychique minimum pour que l'on puisse parler de génie. Cette conscience claire, au sens où nous l'entendons, est à la fois intense et intéresse, avec l'aide de la mémoire qui la conditionne, un champ étendu. Elle comporte volonté et synthèse, (coordination). Dans la mesure où on lui accorde intensité ou extension, elle suffit à caractériser le génie.

Elle peut s'orienter vers l'extérieur. Elle peut aussi se retourner sur elle-même.

Lorsqu'elle fait appel à l'inconscient, c'est toujours en vue d'amener quelque chose à la conscience. Elle peut encore, dans l'art et la poésie,

¹⁶⁶. Comme dans la plupart des couples d'opposés.

¹⁶⁷. N'est-ce pas en cela que réside ce qu'il y a d'« involontaire » dans le génie. . et, en un sens, dans la volonté elle-même ?

¹⁶⁸. On trouve chez d'anciens auteurs de bonnes analyses des divers degrés de la conscience, de la pensée et de l'affectivité. Voyez v.g. Th. RIBOT . . .

manier consciemment des matériaux d'origine subconsciente pour communiquer ce subconscient même.

L'activité géniale est consciente dans ses fins et la mise en œuvre de ses méthodes. Elle est structurante et, par là, tire des faits objectifs l'abstraction scientifique tout en concrétisant dans l'art le subjectif. Par ces voies opposées mais analogues, elle exprime. L'épithète homérique, l'image poétique orientale ont de primitif et de commun avec le langage imagé du titi l'inhabilité de l'abstraction, l'incapacité de se priver de références matérielles, concrètes. Voilà ce qu'on peut lui reprocher si on l'emploie en langage scientifique abstrait. Dans le langage de l'art, dans celui des sciences d'observation, il n'en va plus de même.

IV. Cette structuration est plus ou moins gauchement ébauchée chez le vulgaire, l'aliéné et l'animal.

Elle donne au génie dans ce qu'il a de communicable sa manifestation et ses limites.

V. Une culture polyvalente, un large humanisme, sont de nature à favoriser le génie en lui apportant son aliment. Surtout si l'autorité magistrale ne tend pas trop à étouffer sous le dogmatisme et favorise la spontanéité de l'esprit. Cette dernière spontanéité explique les grandes inventions dues souvent aux « incompetents », aux non-« spécialistes », (mais spécialistes de l'intelligence).

VI. Les œuvres de génie sont inférieures au génie même.

VII. Les attitudes à l'égard du génie sont intéressantes à observer et varient selon le temps, le lieu ou le peuple. Elles peuvent être plus ou moins favorisantes ou défavorisantes. Elles semblent plus avantageuses là où règne le culte de la personne et de son originalité.

L'étude de ces attitudes chez les primitifs et chez les civilisés (pour respecter une division d'usage courant) permet de corriger certaines erreurs véhiculées par le langage de tous les jours et admises souvent par inadvertance.

Cette étude constitue un intéressant chapitre de sociologie et de psychologie, par les ressorts qu'elle met en évidence.

VIII. Les conclusions de ces diverses considérations intéressent la sociatrie, la pédagogie et les aspects les plus divers de la vie sociale.

IX. Le génie, comme le fou, et bien plus encore, est tenu à l'écart par le vulgaire (« cultivé » ou non) car la communication sociale, pour ce dernier (qui est un amputé intellectuel) n'est possible qu'avec des individus qui perçoivent objets et personnes dans les mêmes cadres de références. Le génie est martyr en puissance au milieu d'hommes partiels et de niveaux évolutifs différents, martyr de la bonne discipline et de la santé de l'esprit (avec ce qu'elles comportent d'inné et d'acquis). ¹⁶⁹

Le génie est mieux adapté à la réalité ¹⁷⁰ que la moyenne des hommes. ¹⁷¹ Le fou est moins adapté que la moyenne des individus. — *Cuique suum.*

Errata

P. 1123 du « *Laval Médical* » (oct. 1954), avant D. ajouter :

HERMANN RORSCHACH nous a proposé un mode d'analyse et de diagnostic de l'intelligence et du génie (acuité optima de la vision des formes, capacité de concentration, attention... originalité, contact intensif, grand nombre de moments introversifs et à la fois taux élevé de contact extratensif...).

La parenté entre génie et épilepsie, génie et obsession, génie et folie maniaco-dépressive, apparaît comme l'apparition entre un certain équilibre et les formes de déséquilibre qui lui correspondent.

(Il est permis de dire en quelque sorte qu'il y a une parenté entre la santé du travailleur et la pathologie professionnelle inhérente à son métier, une parenté entre l'oreille normale et l'otite plutôt que la rectite...)

Chaque tempérament a ses formes normales et ses formes pathologiques, mais la plus normale (perfectionnée) des formes normales, même si elle est rare, s'apparente au génie, avec son caractère ambigüel. (Le blocage, une des formes morbides correspondantes, n'apparaît,

169. « Malheur à l'homme qui invente et qui ose » (STENDHAL).

170. « ... Et cependant, elle tourne ! »

171. Il est moins prisonnier du mot, du symbole statique, de la formule (où le sujet moyen trouve son salut en un équilibre de pétrification et de mort), il les domine, les anime et les pèse.

naturellement, que là où certaines fonctions le permettent. Faut-il redire que la bicyclette a ses pannes propres mais qu'elle échappe aux pannes de moteur que connaît l'automobile? faut-il en déduire que l'automobile est moins normale que la bicyclette? dire encore d'un moteur qui tourne qu'il est une des variétés du moteur en panne?)

L'analyse des névroses à l'aide du Rorschach fait, par contraste, ressortir de manière particulièrement saisissante leur opposition à la plénitude du type doué.

Ce dernier se caractérise par un certain type de résonnance intime. Le contenu et l'action sont déterminés « par l'appétit et par la pensée disciplinée ».

REVUE DES LIVRES

L'œsophage en cardiologie — Étude radiologique de l'œsophage dans les cardiopathies congénitales et acquises, par Marcel SEGERS, chargé de cours à l'université de Bruxelles et Marcel BROMBART, chef du Service de radiodiagnostic à la clinique cardiologique de Paepe. Préface du professeur Ch. LAUBRY. Un volume 16 × 25 de 202 pages, avec 135 figures : 1,248 fr. *Masson et Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e), France.

Ainsi que le souligne le professeur Laubry dans la préface de cet ouvrage, l'image radiologique de l'œsophage est utilisée depuis longtemps en sémiologie cardio-vasculaire. On ne saurait mieux préciser l'importance de cette exploration et la contribution qu'y apporte ce nouvel ouvrage, qu'en reprenant les propres termes du professeur Laubry :

« L'œsophage s'insinue entre la colonne vertébrale dure et résistante, et les organes du médiastin : trachée et bronches, gros vaisseaux de la base et leurs branches, face postérieure des cavités cardiaques. Il reflète pour tous ces organes les caprices ou les anomalies de leur siège ou de leur trajet, de leur forme ou de leur volume. Il les traduit par des déviations par des empreintes, par de larges ou profondes encoches que la bouillie barytée révèle à l'écran aussi fidèlement que les retards ou les arrêts de déglutition.

« Reconnaissons toutefois qu'un tel foyer d'information n'était exploré qu'occasionnellement. Le fait d'y recourir était plutôt considéré comme un supplément d'enquête qu'on savait précieux et le plus souvent purement confirmatif. L'exploration œsophagienne était pour ainsi dire réservée à l'oreillette gauche à la mensuration du diamètre de l'aorte selon la technique de Kreuzfuchs, ou au dépistage d'affections congénitales, en présence d'autres données objectives insuffisantes. En un mot, et bien qu'on eût tendance à y recourir de plus en plus fréquemment, l'interrogatoire systématique de l'œsophage n'entrait pas dans la pratique courante des cardiologues.

« Avec MM. Segers et Brombart, il n'en est plus ainsi. Ils n'envi-sagent plus la question sous l'angle étroit des préoccupations cardio-logiques plus ou moins inconstantes, mais sous l'angle largement ouvert

d'une impérieuse curiosité, avide d'arracher, à un témoin bien placé et dûment informé, ses plus intimes secrets. On comprend qu'une enquête ainsi poursuivie avec des buts exclusifs, ait grossi singulièrement la gerbe modeste des faits connus et apporté même des données complètement inédites...

« Je soulignerai également l'importance pratique d'une telle œuvre menée à bien. MM. Segers et Brombart l'ont construite sans négliger aucune documentation étrangère ; mais sur ce fond solide, transparait pour moi le sérieux apport personnel qui se dégage de leur exposé et des nombreux clichés qui font de leur ouvrage un véritable atlas radiographique. Je suis convaincu que cette impression sera celle des médecins et en particulier de tous mes confrères cardiologues. »

Précisons que l'abondante iconographie de cet ouvrage, complétée par de nombreux schémas, en rend la lecture particulièrement agréable. Les chapitres les plus importants sont consacrés aux déviations et déformations de l'œsophage rencontrées dans les cardiopathies gauches et dans les affections aortiques. Parmi celles-ci, l'anévrisme et le déroulement aortiques entraînent sans nul doute les altérations les plus spectaculaires de l'image œsophagienne. Mais il se manifeste aussi des empreintes œsophagiennes très typiques dans diverses malformations congénitales de l'aorte et des gros vaisseaux de la base. Il s'agit là d'un champ d'exploration qui ne saurait rester méconnu en raison de l'essor actuel de la chirurgie cardio-vasculaire.

L'ouvrage ne s'adresse pas seulement aux cardiologues et aux radiologues, mais aussi à tous ceux qui s'intéressent au diagnostic des affections médiastinales, ainsi qu'aux gastro-entérologues qui y trouveront tout un chapitre consacré aux dyskinésies œsophagiennes déterminées par les affections cardio-aortiques.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Introduction. — Notions anatomiques et aspect normal de l'œsophage. — Technique radiologique. — Oreillette gauche. — Ventricule gauche. — Cœur droit. — Aorte. — Malformations congénitales de l'aorte et des gros vaisseaux de la base. — Les troubles de déglutition en rapport avec les affections cardio-aortiques. — Bibliographie. — Classification des aspects de l'œsophage dans les affections cardio-aortique. — Classification des figures selon l'aspect de l'œsophage.

Le Sevrage : Physiologie — Méthodes pratiques, par P. DELTHILL, ancien chef de laboratoire à l'Hôpital des Enfants-Malades. Préface du professeur R. TURPIN. Un volume in-8° de 200 pages (1953). 900 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

De nombreux ouvrages ont été consacrés à l'alimentation du nourrisson ; quelques-uns sont de véritables traités, d'autres de simples

manuels pratiques à l'usage des médecins ou des puéricultrices. Mais la plupart se contentent d'indiquer les rations correspondant aux différents âges des enfants, sans insister sur les modalités précises des changements de régime. De plus, les modifications radicales introduites depuis un quart de siècle dans l'alimentation du nourrisson ont provoqué, chez beaucoup de puériculteurs, un peu de confusion et d'incertitude : les uns restent fidèles aux méthodes classiques, d'autres embrassent plus hardiment les conceptions nouvelles, sans garder toujours la prudence et le doigté qui permettent d'éviter les accidents d'intolérance.

Le but de ce livre est de combler ces lacunes en précisant les détails de la technique du sevrage et en rajeunissant les données les plus classiques de la diététique telles que la supériorité incontestable de l'allaitement maternel.

Dans la *première partie*, les bases théoriques du sevrage sont analysées : si, dans l'allaitement maternel, la séparation du sein doit être différée jusqu'à ce que le lait de la mère ne suffise plus aux besoins de l'enfant, dans l'allaitement artificiel au contraire, le lait de vache, aliment hétérogène, doit être, le plus tôt possible, additionné d'autres substances qui faciliteront l'équilibre de la ration.

Dans la *seconde partie*, l'auteur après avoir exposé les besoins du nourrisson au point de vue quantitatif et qualitatif, étudie en détail la composition et les propriétés des différentes substances alimentaires introduites dans le régime de l'enfant.

Enfin la *troisième partie*, la plus originale de l'ouvrage, est consacrée au détail de la pratique du sevrage. Celui-ci est étudié d'abord chez le nourrisson normal au sein, avec les indications les plus précises sur l'introduction des farines, puis des légumes, des protides et de tous les aliments complémentaires. Dans l'allaitement artificiel, le sevrage devra commencer plus tôt, mais le souci de l'équilibre alimentaire et de la digestibilité des divers aliments ne pourra être perdu de vue un seul instant. Dans les états pathologiques, la nécessité d'un sevrage précoce et accéléré s'impose fréquemment ; après un exposé rapide du sevrage brusque dans l'allaitement maternel, l'auteur étudie un par un les signes de l'intolérance en lait de vache dont les diverses manifestations aboutiront à prescrire des régimes plus ou moins dépourvus de lait. La conduite à tenir est d'autant plus délicate que l'enfant est plus jeune ; les aliments de substitution du lait sont adoptés à l'âge de l'enfant, depuis le lait humain et le babeurre jusqu'aux farines de légumineuses, aux légumes et aux protides.

Une étude sommaire du régime des prématurés et des débiles permet de tirer quelques conclusions utiles à l'alimentation du nourrisson normal. De même, un rapide tour d'horizon sur les méthodes de sevrage utilisées chez quelques animaux domestiques, souligne la valeur de certains principes tels que la supériorité de l'allaitement maternel et l'introduction prudente et progressive des aliments de remplacement du lait. Enfin, l'ouvrage se termine par un tableau récapitulatif du sevrage normal.

Ce livre est de lecture facile ; les notions théoriques y sont réduites au minimum indispensable pour l'exposé du sujet ; par contre, la méthode

pratique du sevrage y est décrite avec les détails d'application les plus précis. Il est appelé à rendre service, non seulement aux pédiatres, mais aussi à tous les médecins aux prises avec les difficultés quotidiennes de la puériculture, aux sages-femmes ou puéricultrices désireuses d'améliorer leur formation théorique et même aux mères de famille intelligentes qui tiennent à comprendre ce qu'elles font.

Les régulations neuro-végétatives, par Sandro BURGI, privat-docent à la Faculté de médecine de Berne. Préface du professeur J. LHERMITTE. Un volume de 176 pages (1953) : 680 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

Cette monographie, écrite d'une façon très condensée, expose nos connaissances actuelles des régulations nerveuses de la vie végétative. Partant des données immédiates de la biologie, du besoin d'alimentation par exemple, l'auteur se demande quels sont les mécanismes nerveux qui provoquent la sensation de faim, la recherche de la nourriture, qui président à la digestion, etc. C'est dire qu'il décrit tous ces processus non pas pour eux-mêmes, mais *en fonction des besoins de l'organisme*. Cette méthode l'amène, évidemment, à considérer les régulations que l'on connaît, aussi bien que celles dont on ignore à peu près tout (la faim ou la soif, entre autres).

Il ne s'agit donc pas d'un précis d'anatomo-physiologie du système nerveux végétatif, mais d'une étude biologique de ses fonctions. L'exposé des régulations au service de l'alimentation est suivi par la description des mécanismes qui assurent le métabolisme de l'eau, l'introduction de l'oxygène et l'élimination du CO₂, l'homéothermie, les fonctions génératives, etc. Un chapitre spécial est consacré aux régulations neuro-végétatives à intégration méso-diencephalique. Il y est démontré que celles-ci servent en premier lieu à ajuster le comportement instinctif et non pas à régler des métabolismes souvent imaginaires. Pour des raisons d'économie et parce que l'organisme ne procède jamais de façon schématique, quelques mécanismes qui concernent l'homéothermie, l'osmose et le métabolisme de l'eau, peut-être la vie sexuelle, y sont également organisés. Quant aux régulations neuro-végétatives à l'intégration corticale, très étudiées et très à la mode actuellement, un dernier chapitre en fait le bilan en tâchant de les grouper selon leur signification qui, cependant, correspond bien souvent à une perturbation plutôt qu'à une régulation de la vie végétative, en aucun cas à une fonction supérieure.

Comme il s'agit d'un ancien élève et collaborateur du professeur W.-R. Hess, prix Nobel, l'auteur, tout en restant très personnel, fait connaître en même temps aux médecins français les grandes lignes qui ressortent des travaux et de l'enseignement du Maître de Zurich.

Traitant de la régulation nerveuse des organes internes, l'ouvrage s'adresse aux neurologues aussi bien qu'aux pathologues et aux physiologistes dont ce sera le rôle de combler les lacunes qui y sont mises en lumière. Une bibliographie très étendue facilitera la tâche de tous les chercheurs.

Précis de séméiologie médicale élémentaire, par P. RIMBAUD, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Avec la collaboration de L. GONDARD. 3^e édition revue et corrigée. Un volume in-8° de 330 pages avec 171 figures en noir dans le texte et 9 en couleurs hors-texte (1953) : 1,350 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

Ce Précis, dès sa publication en 1943, connut le plus grand succès auprès des étudiants privés d'ouvrages didactiques simples au moment où ils abordent pour la première fois les grands Services hospitaliers.

Les stagiaires, en groupes parfois disparates, reçoivent un enseignement magistral qui trop souvent s'appuie sur d'innombrables recherches biologiques. L'analyse des signes fournis par l'auscultation d'un poumon ou d'un cœur, par exemple, s'efface devant des clichés radiologiques, des électrocardiogrammes complexes. On consulte les ondes mystérieuses d'un électroencéphalogramme sans avoir recherché les réflexes.

Certes, ces renseignements « paracliniques » facilitent parfois le diagnostic. Mais le jeune médecin dès ses premiers pas dans sa nouvelle carrière en sera le plus souvent privé.

L'identification des signes cliniques devra être rapide ; la décision thérapeutique ne peut attendre.

La séméiologie demeurera donc la base de l'enseignement quelle que soit l'évolution médicale.

La troisième édition qui paraît aujourd'hui tient compte de cette évolution ; une place plus importante a été faite aux reproductions radiographiques, aux explorations fonctionnelles rénales ou hépatiques. Le chapitre consacré aux modifications sanguines a été entièrement remanié.

Mais cette mise à jour, ce rajeunissement, n'ont entraîné aucune surcharge importante. Par sa clarté, sa concision, ce *Précis de séméiologie médicale* conservera la faveur des jeunes générations.

Physiologie générale — Diététique et comportement de la vieillesse, par R. de GRAILLY, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des Hôpitaux, et H. DESTREM, lauréat de l'Académie de médecine. Un volume 16,5 × 25 de 220 pages : 1,500 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e), France.

Les travaux relatifs à la vieillesse étaient jusqu'à ce jour extrêmement rares, mais plusieurs circonstances et considérations ont posé depuis quelques années ce problème avec plus d'acuité, et ont suscité l'intérêt des médecins pour la question. C'est d'abord l'augmentation de la durée de la vie, qui a fait que $\frac{1}{6}$ ^e ou $\frac{1}{7}$ ^e de la population est aujourd'hui

d'hui constitué par des sujets âgés de plus de 60 ans. On a aussi tenu compte du fait que cet âge est une phase de la vie comme les autres, avec sa physiologie limite aux confins de la physiologie normale et de la pathologie.

Cette monographie établit une mise au point des problèmes généraux qui se posent au sujet de la vieillesse. Elle tient compte des travaux récents dont les congrès de gérontologie de ces dernières années sont le reflet.

Elles apporte aussi des idées et des faits personnels que les auteurs ont pu acquérir au cours de leur travail dans les Services de vieillards.

Il s'agit donc, non pas d'un livre de gériatrie au sens spécialisé du terme, mais d'un livre intéressant tous les médecins qui ont une part non négligeable de leur clientèle composée de personnes âgées. C'est en quelque sorte le préambule à un traité de pathologie de la vieillesse.

Les trois premières parties sont consacrées à des données morphologiques, biologiques et physiologiques. Sont ensuite étudiés les causes du vieillissement, les essais de rajeunissement, les moyens prophylactiques permettant, dès l'âge adulte, de retarder l'échéance.

Les derniers chapitres concernent les règles d'hygiène et de diététique ainsi que l'étude du comportement du vieillard.

Actualités hématologiques — 2^e série. Sous la direction scientifique de J.-P. GLAUNES. Un volume in-8° de 182 pages avec 31 figures (1953). 1,350 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

L'accueil des plus favorables réservé au premier volume des *Actualités hématologiques* a conduit J.-P. Glaunès à publier cette deuxième série avec cet esprit de synthèse qui avait fait le succès de la précédente publication.

Sous le titre *Les syndromes hémorragiques par défaut de fibrine (Fibrinopénies, Fibrinolyse et Défibrination pathologique)*, L. Revol et J. Favre-Gilly font le point des travaux de l'École lyonnaise poursuivis à la fois dans le Service du professeur Croizat et au Centre régional de transfusion sanguine de Lyon. Ce travail commence par une étude physiologique du métabolisme de la fibrine et des défibrinations expérimentales. Puis les auteurs abordent l'étude analytique des divers syndromes qu'ils classent en afibrinémies et fibrinopénies constitutionnelles, en afibrinémies et fibrinopénies acquises, et en fibrinolyse hémorragiques dont ils étudient les diverses formes étiologiques, faisant ensuite l'étude synthétique d'ensemble. Les techniques de dosage sont ici précisées. Enfin la troisième partie traite du diagnostic général des syndromes hémorragiques par défaut de fibrine. Une importante bibliographie complète ce mémoire.

H. Dubois-Ferrière aborde dans *L'orientation actuelle de la thérapeutique des leucémies* un brûlant sujet fort discuté. Il traite successivement de la radiothérapie, du phosphore radio-actif, de l'arsenic, de

l'uréthane, des dérivés azotés du gaz moutarde, des transfusions, des antagonistes de l'acide folique, de l'acide para-amino-benzoïque, des œstrogènes, de la désoxyypyridoxine, du méthylène mélanine, de la cortisone et de l'ACTH, des traitements associés. L'auteur rapporte son expérience personnelle avec de nombreuses observations dans ces différentes thérapeutiques, donnant ainsi de précieux conseils de posologie. Bibliographie classée d'après les différentes techniques envisagées.

P. Cazal traite avec clarté ce problème pratique mais combien complexe et délicat pour l'homme de laboratoire, de la *Recherche et des groupes sanguins du système Rhésus et de l'immunisation*. La détermination des groupes Rh, sérums tests, réactions, différentes étapes du groupage sont traités avec la maîtrise que lui confère son expérience au Centre régional de transfusion de Montpellier. Puis il étudie les anticorps irréguliers et termine par les applications pratiques au cours des transfusions de la grossesse et pour le nouveau-né.

Gambigliani-Zoccoli, hépatologue et hématologiste, vient apporter ses travaux personnels poursuivis depuis de nombreuses années sur l'importante question de la *Bilirubine*. S'il traite de l'origine et de la formation de la bilirubine, l'intérêt de son article réside surtout dans la description des techniques de dosages et sa méthode originale en particulier, ainsi que dans l'interprétation remarquable qu'il en fait sous forme de tableaux de rapports des plus démonstratifs.

La cytologie est représentée par l'article de P. Morel et A.-P. Bretin sur les *Cellules cancéreuses métastatiques de la moelle osseuse*. Caractères généraux de diagnostic, anomalies de structure de la cellule cancéreuse précèdent l'étude des aspects particuliers des cellules métastatiques. Le cyto-diagnostic différentiel, la fréquence des métastases complètent ce travail. De belles planches de microphotographies, une bibliographie font de cet article une parfaite mise au point.

Ainsi composée cette deuxième série intéresse l'homme de laboratoire par la description minutieuse de nouvelles techniques parfaitement mises au point, ainsi que le clinicien qui y trouvera et diagnostics et données thérapeutiques nouvelles.

Étude sur l'épidémiologie de la poliomyélite, par Maurice DE-

PARIS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des Hôpitaux. Un volume 15 × 24 de 164 pages. 950 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e), France.

Cet ouvrage se compose de trois parties principales concernant l'épidémiologie générale, les modes de début et la prophylaxie de la poliomyélite.

Dans une première partie, l'auteur analyse les divers modes de contamination invoquée à l'origine de l'infection neurotrope, en insistant spécialement sur le rôle possible des facteurs occasionnels et des causes favorisantes. De larges emprunts sont faits aux travaux publiés dans

les récents congrès, en particulier à la Conférence internationale de Copenhague (1951), et une comparaison est donnée entre les foyers épidémiques et les cas sporadiques.

Dans une seconde partie, ce sont les modalités du début clinique qui sont étudiées. A côté de la forme classique qui reste la plus courante, on peut observer des types différents qui avaient été bien décrits par les anciens auteurs, mais qui paraissent à l'heure actuelle prendre une certaine importance relative et qu'il y a lieu de bien connaître.

Après qu'aient été rappelées les découvertes récentes les plus importantes sur la biologie de la maladie de Heine-Médin, un rapide résumé montre ce qu'on peut proposer comme prophylaxie dans l'état actuel des connaissances.

Ce volume représente un résumé de ce qui est aujourd'hui admis. Il sera lu utilement par les médecins qui ont pour mission de protéger la Santé publique, par les médecins hygiénistes, les épidémiologistes, les pédiatres, les spécialistes qui s'intéressent aux maladies infectieuses, et de ce fait les médecins qui exercent la médecine générale.

Maladies médicamenteuses d'ordre thérapeutique et accidentel,

par Claude ALBAHARY, avec le concours de D. CHRISTOL, B. DAMOISEAU, N. PARDON, R. UMDENSTOCK, J. VACHER. Préface de A. TZANCK. Un volume 17 × 25 de 752 pages avec 55 figures. Broché : 4,400 fr. ; cartonné toile : 5,000 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e), France.

On s'est peu préoccupé jusqu'à présent de grouper et de comparer les accidents que les médicaments sont susceptibles d'engendrer. Et pourtant les drogues modernes de plus en plus actives sont souvent par là-même de plus en plus dangereuses. Les risques sont nombreux : l'empoisonnement proprement dit, le simple surdosage, la brusque réaction d'un organisme ou d'un tissu sensibilisé, l'intolérance, la fâcheuse incidence d'une indication thérapeutique erronée.

Un ouvrage manquait sur tous ces aspects de la « maladie médicamenteuse ». Il est indispensable au médecin qui désire prescrire un médicament qu'il connaît peu, à celui qui se méfie des réactions de son malade, ou bien qui se trouve intrigué par des symptômes insolites au cours d'une maladie en traitement.

Certaines répercussions, imposées en quelque sorte à l'organisme, sont facilement compréhensibles et évitables : tout se réduit à des questions de dosages. D'autres sont complexes dans leur expression et surtout dans leur essence. Elles possèdent un caractère d'aspécificité par lequel elles rejoignent toutes les préoccupations contemporaines qui visent à élucider le mystère de la prédisposition congénitale ou acquise et qu'on aborde sous les angles les plus divers de l'anaphylaxie, de l'allergie, de l'irritation vaso-motrice, de la pathologie de l'adaptation, etc.

L'auteur, désireux de ne laisser de côté aucun chapitre essentiel de la thérapeutique, s'est astreint à examiner les effets nocifs de médicaments très divers, des substances de synthèses aux sérums, des extraits végétaux aux hormones. Il a consacré un chapitre particulier à chaque corps ou groupe de corps, comme en témoigne la table sommaire ci-contre.

Étant donné cette variété même, il a jugé utile de rappeler succinctement au début de chaque chapitre les circonstances dans lesquelles telle ou telle drogue s'est imposée en médecine, son métabolisme, ses conditions d'utilisation d'après ses propriétés physiologiques ; ce qui rend déjà compte d'un certain nombre de risques. Vient ensuite l'étude clinique des troubles, leur diagnostic (toxicologique ou autre), leur interprétation physiopathologique, enfin la façon de les prévenir et de les traiter, compte tenu des références bibliographiques les plus modernes. L'auteur, en fidèle élève du docteur Tzanck, souligne dans chaque cas, la différence entre les manifestations évitables du surdosage et celles qui sont l'effet de l'intolérance et de la sensibilisation. A cet égard certaines substances spécialement nocives méritent l'étiquette de « réactogènes habituels ». Leur nombre s'accroît au fur et à mesure des progrès de la chimiothérapie.

Ce livre, en faisant électivement allusion aux mésaventures des traitements médicaux, ne met aucunement en doute la qualité des acquisitions modernes de la thérapeutique ; son but est au contraire d'inciter à des prescriptions prudentes et orthodoxes pour le plus grand bien des patients, et de la sécurité morale du médecin.

GRANDES DIVISIONS DE L'OUVRAGE

I. — *Accidents dus aux composés minéraux* : Thérapeutique argentique. Médicaments arsenicaux. Médication aurique. Produits bismuthiques. Bromures. L'iode et ses composés. Produits mercuriels.

II. — *Accidents de certaines chimiothérapies* : Composés de l'acridine (Trypaflavine. Gonacrine. Quinacrine). Amphétamines. Anesthésiques (cocaïne et succédanés synthétiques). Antipyrine et pyramidon. Acétanilide et ses composés (Exalgine. Phénacétine). Composés de l'acide salicylique (Aspirine. Salicylate de soude. Acide para-amino-salicylique. Salicylate de méthyle. Salol). Acide phénylquinoléine carbonique (Atophan). Semicarbazides (Cryogénine) et les thiosemicarbazones (TB1). Chloral, chloralose, sulfonal, trional. Barbituriques. Anticonvulsivants de synthèse non barbituriques. Sédormid. Dinitrophénol. Les laxatifs dangereux. Principaux antihelminthiques. Antihistaminiques de synthèse. Antiparkinsoniens de synthèse. Antithyroïdiens de synthèse. Anticoagulants de synthèse (*héparine* et *dicoumarol* et ses dérivés). Bisulfure de tétraéthylthiurame (Antabuse) dans le traitement de l'acoolisme-chronique.

III. — *Accidents dus aux antibiotiques majeurs* : Sulfamides. Sulfones. Pénicilline. Streptomycine. Chloramphénicol, auréomycine et terramycine. L'hydrazide de l'acide nicotinique (Isoniazide).

IV. — *Accidents de la phytothérapie* : Belladone. Jusquiame et Stramoine. Colchique et colchicine. Digitale et ses glucosides. Émé-tine. Opium et morphine. Quinine, quinidine et dérivés quinoléiques proches (Præquine, Rhodoquine, Nivaquine). Strychnine. Théobro-mine, théophylline et caféine.

V. — *Accidents de l'opothérapie et de l'hormonothérapie* : Opothérapie hypophysaire. Opothérapie thyroïdienne. Opothérapie parathyroï-dienne. Extraits surrénaux naturels et de synthèse. Hormones sexuelles. Insuline.

VI. — *Accidents dus aux médicaments hématologiques et à la trans-fusion sanguine* : Médicaments hématologiques. Transfusion sanguine. (Accidents hémolytiques ; accidents transfusionnels non hémolytiques ; accidents provoqués par l'emploi du sang conservé, par le plasma et le sérum humains ; accidents liés aux conditions d'administration du sang ; maladies inoculables ; accidents observés chez les donneurs.)

VII. — *Accidents des sérums et des vaccins préventifs* : Sérothérapie. Vaccinations.

VIII. — *Accidents des injections et des chocs médicamenteux théra-peutiques* : Les méfaits communs aux injections médicamenteuses. Les accidents du choc médicamenteux thérapeutique (choc et diffusion d'un microbisme endogène).

IX. — *Accidents de la vitaminothérapie* : Hypervitaminose A. Vita-mine B₁. Hypervitaminose D.

Index.

Pour la plupart des chapitres ci-dessus sont envisagés successive-ment, après quelques généralités : les propriétés physiques et chimiques ; le métabolisme ; l'étude clinique ; le diagnostic ; les indications théra-peutiques préventives et curatives.

Affections de la chevelure et du cuir chevelu — Anatomie, physio-logie, pathologie, hygiène et thérapeutique, publié sous la direction de A. DESAUX, par A. BOUTELIER, P. BROcq, A. CIVATTE, A. DESAUX, J. GATE, M. GAULTIER, J.-H. MONTLAUR, M. PIGNOT, R. RABUT, J.-O. RAMADIER, E. RIVALIER, J. ROUSSET, A. TOURAINE et G. VERDEAUX. Un volume 17×25 de 780 pages, avec 298 figures. Broché : 5,000 fr. ; cartonné toile : 5,650 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e), France.

Il a paru opportun de « reconsidérer » la question du cuir chevelu et de ses affections, à la lumière des connaissances actuelles et des acquisitions récentes.

Cet ouvrage comprend quatre parties.

Les auteurs se sont efforcés d'obtenir que la première partie, dont le titre est *Introduction diagnostique*, possède les qualités, la concision, la clarté d'un Manuel ou d'un Précis pratique.

Elle a été écrite en effet pour l'étudiant, l'omnipraticien, le jeune dermatologiste, auxquels elle offre, en quarante pages qu'on peut rapidement parcourir, une vue clinique d'ensemble des affections communes du cuir chevelu et de la chevelure, permettant d'orienter rapidement des recherches.

Chaque affection y est située dans son cadre dermatologique, entourée des lésions qui la simulent et dont il convient de la distinguer. Son nom est suivi d'un numéro qui indique la page où elle est particulièrement étudiée et représentée.

La seconde partie est consacrée à l'anatomie, à la physiologie et à l'hygiène de la chevelure et du cuir chevelu. Dans la troisième partie, les diverses affections du cuir chevelu et de la chevelure sont présentées dans l'ordre alphabétique : de chacune d'elles sont faites des études clinique, pathogénique et étiologique, thérapeutique.

La quatrième partie groupe quatre questions : Affection du cuir chevelu et des cheveux du nouveau-né et du nourrisson — Chirurgie du cuir chevelu — Psychopathologie du cuir chevelu — Cuir chevelu et médecine légale.

En résumé, alors que la première partie est, avant tout, un centre d'aiguillages, d'enquêtes cliniques, diagnostiques, pathogéniques et thérapeutiques, les trois dernières constituent un traité véritable, documenté, émaillé de conceptions personnelles, soutenu par deux cent quatre-vingt-dix-huit figures, et dans lequel les problèmes sont exposés et résolus dans un esprit nouveau, pour la plus grande satisfaction des dermatologistes avertis, sans que, toutefois, disparaisse ce caractère primordial, pratique, de l'ouvrage qui intéresse aussi l'étudiant, l'omnipraticien et le jeune dermatologiste.

L'importance de la bibliographie, que les auteurs ont voulu abondante, prouve qu'à côté de leur documentation personnelle (rassemblée, par la plupart d'entre eux, au cours d'une période de plusieurs dizaines d'années), ils ont fait une très large place aux autres travaux, français ou étrangers.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

PREMIÈRE PARTIE : *Introduction diagnostique* (40 pages) :

1. Variations de coloration des cheveux. — Canitie. — Rutilisme, Mélanisme, Hétérochromie. — Colorations artificielles. — 2. Alopecies : diffuses, profuses, régionales, en aires. — 3. Trichoclasies. — 4. Prurits et dermatoses : Prurits. — Taches érythémateuses et vasculaires. Leuco-mélanodermies. — Dermatoses uniquement squameuses, érythémato-squameuses, érythémato-vésiculeuses. — Folliculoses. — Dermatoses croûteuses ou pseudo-croûteuses. — Tumeurs bénignes et malignes.

DEUXIÈME PARTIE : *Anatomie, physiologie, hygiène de la chevelure et du cuir chevelu* (85 pages) :

1. Anatomie de la chevelure et du cuir chevelu. — Généralités. — Étude histologique. — Histochimie. — Propriétés physiques du cheveu.

— 2. Physiologie de l'appareil pilosébacé. — Genèse, croissance et mort du poil. — La sécrétion sébacée. — Facteurs, mécanisme, physiopathologie de la croissance pileaire et de la sécrétion sébacée. — 3. Hygiène de la chevelure et du cuir chevelu. — Nettoyage. — Massage. — Modes de coiffure.

TROISIÈME PARTIE : *Affections de la chevelure et du cuir chevelu* (526 pages) :

Acné chéloïdienne de la nuque. — Acné nécrotique du cuir chevelu. — Affections artificielles du cuir chevelu et des cheveux. — Affections congénitales du cuir chevelu et des cheveux. — Eczéma vésiculeux et eczématidés à desquamation psoriasiforme ou pityriasiforme. — Épidermite eczématiforme et épidermite à type d'eczématide. — Érythème desquamatif récidivant disséminé ou généralisé. — Kératose amiantacée. — Le cuir chevelu dans la lèpre. — Lichen plan. — Lupus érythémateux. — Pédiculose du cuir chevelu. — Pelades. — Pityriasis *capitis simplex* et pityriasis stéatoïde. — Prurigo du cuir chevelu. — Prurit du cuir chevelu. — Prurit circonscrit avec lichénification de Brocq. — Pseudopelade. — Psoriasis du cuir chevelu. — Sclérodémie. — Séborrhée du cuir chevelu et affections séborrhéiques. — Staphylococcie du cuir chevelu. — Streptococcie du cuir chevelu. — Syphilis du cuir chevelu. — Les teignes. — Tuberculose du cuir chevelu. — Tumeurs du cuir chevelu. — L'urticaire.

QUATRIÈME PARTIE (95 pages) :

1. Affections du cuir chevelu et des cheveux du nouveau-né et du nourrisson ;

2. Chirurgie du cuir chevelu ;

3. Psychopathologie du cuir chevelu ;

4. Cuir chevelu et médecine légale (M. Gaultier).

Index alphabétique des matières. — Index alphabétique des auteurs.

Précis de physiologie, par L.-C. SOULA, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Toulouse. Deuxième édition revue et corrigée. Un volume 14,5×20,5 de 1,100 pages avec 337 figures. Broché : 2,900 fr. ; cartonné toile : 3,500 fr. (Collection de *Précis médicaux*.) Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e), France.

Cette nouvelle édition du Précis du professeur Soula a été augmentée des acquisitions récentes de la physiologie. Certaines sont importantes : elles portent principalement sur les faits nouveaux apportés par l'utilisation des isotopes traceurs en biochimie, sur le cholestérol et les stéroïdes, dont le rôle fonctionnel se précise chaque jour, et sur l'exploration électrique des centres nerveux, par laquelle s'établit en ce moment la carte du système nerveux central.

Ces additions, dépouillées de l'appareil technique qui les alourdirait inutilement, n'augmentent pas sensiblement le volume du livre.

Bien que construit sur le plan didactique le plus classique, et divisé en étude des fonctions de nutrition et des fonctions de relation, l'ouvrage constitue toujours, en même temps qu'un manuel d'enseignement, un livre de lecture qui répond à la curiosité des esprits désireux de trouver un exposé cohérent de l'état de la physiologie contemporaine.

L'originalité de ce précis dans la littérature scientifique est d'être le premier traité de physiologie écrit en français qui soit conçu dans l'esprit des écoles de neurophysiologie modernes et principalement de celle de Sherrington. Il aligne la culture des milieux médicaux universitaires français, auxquels il est destiné, sur celle des jeunes médecins actuellement formés dans les universités anglo-saxonnes.

Bien que les techniques ne soient point décrites ou très succinctement esquissées dans l'ouvrage, la part qui leur revient dans les transformations profondes subies par la physiologie au cours des trente dernières années est nettement soulignée.

De plus, une nouveauté de ce Précis est d'être construit sur la notion centrale d'unité de l'être vivant, très clairement indiquée par l'auteur dans l'avant-propos. Les données récentes de physiologie générale qui ont transformé la physiologie sont exposées dans les chapitres où leur énoncé est indispensable pour le médecin désireux de comprendre le mécanisme du fonctionnement de l'organisme humain.

L'anatomie en poche, par Victor PAUCHET et S. DUPRET. 6^e édition revue et augmentée. Un volume in-16° (19×12) de 464 pages avec 434 planches en noir et en couleurs (1953). 1,400 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

Depuis la 1^{re} édition, publiée en 1926, l'*Anatomie en poche* a fait, en raison de sa commodité, une magnifique carrière, celle que lui avait prédite Victor Pauchet.

Rajeunie et augmentée, cette 6^e édition sera, comme les précédentes, consultée par tous les étudiants qui dissèquent ou qui fréquentent les hôpitaux, par les candidats à l'externat et à l'internat, par les chirurgiens qui, à la veille d'une opération inhabituelle, voudront repasser en quelques minutes les rapports des organes de la région où ils vont opérer.

A tous, ce livre rappellera l'*Anatomie*, sans effort grâce à la clarté de ses planches, et à tout instant car son petit format permet de l'emporter toujours et partout avec soi.

L'homœopathie sans peine, par les docteurs Léon VANNIER et ILIOVICI. Un volume de 176 pages (1953). 600 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

La curiosité s'éveille de plus en plus vis-à-vis de l'homœopathie. Un nombre croissant de médecins et d'étudiants désire l'étudier puis la

pratiquer. Tous sont attirés par des résultats qui ont gagné l'opinion publique, mais beaucoup sont rebutés par la réputation d'obscurité qui s'attache à l'homœopathie et qui est absolument injustifiée.

C'est à quoi ont pourvu les docteurs Léon Vannier et Iliovici. Sous la forme de lettres familières mais précises, ils envisagent tour à tour les points essentiels de la doctrine et de la pratique. Ils répondent dans les grandes lignes à toutes les questions que le non-initié se pose.

L'ouvrage apparaît ainsi comme le préambule naturel à une étude plus approfondie. Il donne les premiers rudiments techniques et aide à façonner le nouvel esprit nécessaire pour la compréhension et l'application de l'homœopathie. En même temps il montre bien l'accord et non l'antagonisme qui existe entre les différentes conceptions médicales. Une vraie synthèse est inconcevable sans la connaissance homœopathique.

Traité de médecine (en 17 volumes), publié sous la direction de MM. les professeurs A. LEMIERRE, Ch. LENORMANT, Ph. PAGNIEZ, P. SAVY, N. FIESSINGER, L. de GENNES, A. RAVINA. Secrétaires généraux : A. RAVINA et J. PATEL. Tome XVII (et dernier) : *Maladies des muscles, des os, des articulations. Rhumatismes chroniques*. Addenda aux tomes I, II, IV, V, XII et XVII. Table générale alphabétique des tomes I à XVII. Un volume, 1,062 pages, avec 237 figures. Prix : broché : 5,500 fr. ; cartonné : 6,100 fr. (1953). Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e), France.

Avec le 17^e et dernier tome qui vient de paraître, l'important *Traité de médecine* dont la Librairie Masson avait entrepris la publication se trouve aujourd'hui complet. Cet ensemble constitue l'ouvrage le plus important et le plus riche de substance qui ait été publié au cours des trois dernières années. On peut dire que c'est actuellement la base essentielle de toutes les recherches d'ordre médical. L'ouvrage est devenu indispensable dans toutes les bibliothèques scientifiques et médicales et dans les universités et les Centres de recherches en France et à l'étranger.

Il n'est que de consulter les monographies parues depuis ces dernières années pour s'apercevoir de la place qu'a prise le *Traité* comme ouvrage fondamental de référence. Il n'est guère de bibliographie qui ne signale le chapitre du *Traité de médecine* se rapportant à la question envisagée.

Le tome qui vient de paraître présente l'étude des questions suivantes : Maladies des muscles, des os, des articulations et rhumatismes chroniques. De plus, il comporte toute une série d'addenda aux tomes I, II, IV, V, XII et XVII, mettant l'ouvrage à jour des dernières réalisations dans les questions correspondantes :

Tome I : Traitement des méningites à bacilles de Pfeiffer. Embryopathies de la rubéole. Traitements récents de la coqueluche. Oreillons. Fièvre thyphoïde.

Tome II : Brucelloses. Traitement de la maladie de Nicolas-Favre. Tularémie : lymphoréticulose bénigne. Autres adénopathies régionales subaiguës (pasteurelloses). Traitement de l'amibiase : nouveaux médicaments. Typhus exanthématique. Fièvre de Queensland.

— Tome IV : Avitaminoses.

Tome V : Asthme : nouveaux traitements. Pneumonies atypiques. Embolies pulmonaires. Infarctus pulmonaire. Œdème aigu du poumon. Pneumothorax spontané. Poumon et plèvres cardiaques.

Tome XII : Progrès dans le traitement des anémies mégaloblastiques. Données récentes sur certaines maladies des globules blancs et des organes leucopoïétiques. Acquisitions récentes dans le domaine de la coagulation sanguine. Progrès dans le traitement des splénomégalias congestives.

Tome XVII : Traitement des rhumatismes articulaires chroniques par la cortisone et la corticotrophine.

Rappelons que le *Traité de médecine* a été conçu de telle sorte que chaque tome puisse être acquis et utilisé séparément, comme une monographie très poussée de la question traitée. Néanmoins l'ouvrage possède une unité qui vient de sa conception d'ensemble, le même esprit ayant présidé à l'élaboration de l'œuvre. Cette unité apparaît surtout si l'on utilise l'Index général qui termine le tome XVII. Cet Index alphabétique de 240 pages se présente comme un instrument de travail exceptionnel et sans doute unique, qui confère au traité des facilités de consultation rares, en le transformant en un véritable dictionnaire de médecine.

Précis de thérapeutique homœopathique, par Léon VANNIER.

3^e édition revue et corrigée. Un volume in-16° de xxx+654 pages (1953). 1,600 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

Trop souvent, les confrères qui désirent pratiquer l'homœopathie sont embarrassés pour choisir le remède qui convient exactement au cas qui leur est soumis, au malade qui leur est présenté.

Nous avons pensé leur être utile en leur offrant un livre qui leur permet de déterminer facilement et rapidement le remède nécessaire, sans attendre de posséder la connaissance complète de la matière médicale homœopathique dont nous savons combien l'étude est difficile. Bien mieux, nous pensons que l'usage de ce *Précis* les aidera à mieux comprendre les indications et les applications de nos remèdes ; à leur faire connaître et apprécier la médecine homœopathique dont la pratique assure aux malades d'admirables résultats et aux médecins une parfaite sécurité.

CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec

Avis concernant les spécialités

Les Comités des spécialistes chargés de considérer les demandes de certification se réuniront au cours du mois de décembre 1954.

Les médecins dont les études et l'entraînement postsecondaires sont terminés, voudront bien présenter leurs requêtes avant le 15 novembre, ceci permettant aux Comités concernés d'obtenir les renseignements jugés nécessaires.

Tout aspirant au certificat vaudra bien noter que, conformément à nos règlements, des certificats sans examen pourront être émis jusqu'au 1^{er} juin 1955.

Pour fins d'octroyer des certificats de compétence, le Bureau provincial de médecine du Québec reconnaît les spécialités suivantes :

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. — Anesthésie. | 13. — Urologie. |
| 2. — Dermatologie et syphiligraphie. | 14. — Chirurgie orthopédique. |
| 3. — Chirurgie générale. | 15. — Otorhinolaryngologie. |
| 4. — Médecine interne. | 16. — Pédiatrie. |
| 5. — Allergie. | 17. — Pathologie clinique, bactériologie et anatomie pathologique. |
| 6. — Cardiologie. | 18. — Médecine physique. |
| 7. — Maladies pulmonaires et T.B. | 19. — Chirurgie plastique et reconstructive. |
| 8. — Gastro-entérologie. | 20. — Radiologie : diagnostique et/ou thérapeutique. |
| 9. — Neurologie et/ou psychiatrie. | 21. — Chirurgie thoracique. |
| 10. — Neuro-chirurgie. | 22. — Hygiène. |
| 11. — Obstétrique et/ou gynécologie. | |
| 12. — Ophtalmologie. | |

Copie des Règlements et normes de formation postuniversitaire ainsi que des formules de demande peuvent être obtenues en s'adressant au Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, 1896 ouest, rue Dorchester, Montréal, P. Q. — FI : 5205

La Société canadienne d'orthopédie

La Société canadienne d'orthopédie s'est réunie à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus le 9 octobre dernier et elle y a présenté le programme suivant :

Fracture de la banche, par le docteur Louis Létienne.

Arthropathie de Charcot post-traumatique, docteur Vincent Laperrière.

Arthrite sacro-iliaque, docteur Jean-Louis Larochelle.

Parathyroïdisme et lésions osseuses, docteur Jean Leclerc.

Traitement des fractures du fémur chez l'enfant, docteur Jean-Marc Lessard.

Il y eût aussi élection : le docteur J.-C. Rossignol, d'Ottawa, fut élu président, le docteur Léo Walker, de Montréal, vice-président et le docteur Édouard Lépine, secrétaire.

Médecins français à la Faculté de médecine

En septembre et octobre derniers nous avons reçu la visite des célèbres médecins français qui venaient de participer au Congrès des Médecins de langue française du Canada à Ottawa. A Québec, MM. Raoul Kourilsky, Jean Lenègre et René Cachera ont présenté à la Faculté et dans les divers hôpitaux universitaires des travaux de médecin indiquant l'importance des sciences de base et de la recherche dans la clinique moderne.

M. Kourilsky a traité *des abcès du poumon, des pneumonies du sommet, des suppurations bronchiques* et de la *gangrène pulmonaire*. M. Lenègre a parlé du *rétrécissement mitral* et des *anticoagulants dans l'infarctus du myocarde*. M. Cachera a présenté deux travaux, l'une sur les *hépatites à virus*, l'autre sur l'*élimination rénale de l'eau et du sodium dans les cirrhoses avec ascite*.

Le docteur Robert Garneau à Lyon

Le docteur Robert Garneau, assistant universitaire à l'Institut d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine, vient de recevoir le titre de « assistant étranger » de la Faculté de médecine de l'université de Lyon, France, à la suite d'un stage dans le Service d'anatomie pathologique du professeur Robert Martin.

Subvention fédérale accordée à une école de physiothérapie

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, en vertu du Programme national d'hygiène, accorde une subvention fédérale, afin d'aider à établir, à Montréal, une école où seront formés des physiothérapeutes et des ergothérapeutes.

Les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, sont en nombre extrêmement restreint, et on a grandement besoin d'un plus grand nombre de ces spécialistes dans les nouveaux programmes de réhabilitation médicale qui prennent actuellement tout leur essor.

L'école, qui sera sous la direction du docteur G. Gingras, autorité bien connue dans le domaine de la réhabilitation médicale, pourra recevoir 20 étudiants annuellement chaque année, 40 étudiants recevront leur diplôme.

Cette école, qui sera placée sous la directive de la Faculté de médecine de l'université de Montréal, fonctionnera en collaboration avec un certain nombre d'hôpitaux de Montréal. Les diplômés auront le droit de devenir membres de l'Association canadienne de physiothérapie et de l'Association canadienne d'ergothérapie.

La subvention fédérale, aidera à fournir un personnel enseignant compétent et le matériel de formation indispensable.

Pierre JOBIN
